

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado



***la salutogenia como medio para potenciar
los recursos internos y externos en la
tercera edad***

Alumno/a: Diana Carolina Mira Tamayo
Director/a: María González de la Iglesia
Grupo: 1


Zaragoza, septiembre de 2012



**Universidad
Zaragoza**



**Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza**



He contemplado repetidas veces un hecho que trastorna mi corazón cada vez que reflexiono en él. Gente joven y con enfermedades leves mueren como si se tratara de ancianos presa de una terrible y letal dolencia mientras que viejos atenazados por males en apariencia incurable sobreviven contra todo diagnóstico. Los jóvenes que así perecen eran más fuertes y deberían haber sobrevivido y los ancianos que resisten eran más débiles y tendrían que haber sido enterrados”. “...En todos los casos he descubierto, que pese a juventud y

robustez, estos jóvenes tenían un espíritu que no encontraba ningún sentido a la existencia, que no habían descubierto un objetivo hacia el que dirigirse...”

Por el contrario aquellos que pese a dificultades, enfermedad, vejez, a estar arrugados, gastados exhaustos albergaban un ansia indescriptible de seguir viviendo. Porque sabían para lo que vivían, aunque sus existencias y experiencias resultaran extraordinariamente difíciles por décadas.

*Rabí Moisés Ben Maimón Rambam
(Maimónides) 1135-1204*

Agradecimientos

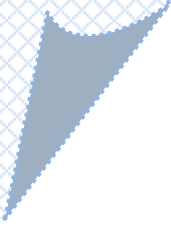
Este trabajo no hubiera sido posible sin la oportunidad que me brindo la Universidad de Zaragoza de realizar mis prácticas de cooperación al desarrollo, en la Oficina de Asuntos Humanitarios de la Habana-Cuba, gracias a este acontecimiento pude tener un acercamiento con el modelo salutogénico y conocer de primera mano su puesta en práctica.

En primer lugar me gustaría agradecer al profesor Carlos Rivalta por su arduo trabajo realizado en el centro de día Nuestra Señora de Belén, gracias a sus explicaciones e información pude conocer las bases del modelo salutogénico. También al Doctor Nelson Aguilar cuyas valiosas aportaciones clarificaron muchas de mis dudas.

En especial querría agradecer al equipo multidisciplinar del centro, quienes muy amablemente compartieron sus puntos de vista sobre el tema y me motivaron a producir un trabajo que ofreciera claridad y visibilidad sobre el modelo salutogénico y en el que se incorporara más base teórica, debido a la dificultad que tiene Cuba en cuanto a los medios de comunicación y a la búsqueda de fuentes secundarias de información extranjeras. Los entrevistados representaron una fuente invaluable de información ante el vacío bibliográfico que enfrentamos. Gracias a todos los abuelos pertenecientes al centro de día por su cariño y apoyo, sin ellos hubiera sido imposible llevar a cabo este trabajo.

Quedo especialmente agradecida con mi tutora, María González de la Iglesia, quién me ha brindado un apoyo constante y me ha orientado para que el presente trabajo sea novedoso y útil, agradezco su tiempo, su dedicación y sus sugerencias.

Finalmente dedico este trabajo a mi familia y amigos, pero especialmente al colectivo de la tercera edad que despierta mi más sincero interés y cariño; es erróneo considerar a la edad proecta como asunto de personas mayores. La vejez nos atañe a todos, los ancianos del mañana son los adultos de hoy y los niños de ayer.



Lista de abreviaturas

CAMF	Centros de Atención a Personas con Discapacidad Física
CECMED	Centro Estatal para el Control de Medicamentos
Celade	Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía
CO	Carta de Ottawa
CRE	Centros de Referencia Estatal
CRMF	Centros de Recuperación de Personas con Discapacidad Física
DDHH	Declaración de los derechos humanos
DS	Determinantes de salud
EV	Experiencia vital
GRR	<i>Generalized Resistance Resources</i> . Recursos de Resistencia Generalizada
LISMI	Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de las personas con discapacidad
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PNC	Pensión no contributiva
SAL	Salutogénesis o salutogenia
SOC	<i>Sense of Coherence</i> . Sentido de coherencia
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i> . Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia de las Naciones Unidas.
VAP	Vida activa y productiva

Índice

Índice.....	1
Índice de tablas	4
Índice de ilustraciones	4
Índice de gráficos.....	4
1. Introducción.....	5
2. Presentación general y justificación del trabajo	7
3. Objeto del trabajo	10
4. Tema	11
5. Metodología empleada.....	12
6. Estructura del trabajo.....	15
7. Fundamentación terminológica.....	16
Salutogénesis.....	16
Sentido de coherencia (SOC).....	16
Recursos de resistencia generalizada.....	17
8. Fundamentación teórica	19
Contextualización del anciano y su entorno	19
¿Qué cambios acontecen en las personas en el envejecimiento?.....	21
Cambios sociales	23
¿Cómo es la vivencia del envejecimiento?	24
Importancia de las relaciones persona ambiente en el envejecimiento.	25
Afecto y las emociones	26
Personalidad y creencias sobre uno mismo	27
Bienestar subjetivo	30
Bienestar psicológico.....	30
El envejecimiento activo	31
La vejez con éxito o competente.....	32
Envejecimiento positivo y con éxito.....	33
9. Como describe Antonovsky su teoría	35
10. Sentido de coherencia (SOC) y Recursos de Resistencia Generalizada (GRR)	40

11. Metáforas utilizadas por Antonovsky para explicar la teoría salutogénica	41
Como describe gráficamente Antonovsky su teoría	43
Medición de la salud en un Continuum	44
12. Desarrollo del modelo salutogénico: su influencia en la promoción de la salud	46
13. La Carta de Ottawa: historia, valores y principios, y la relación con la salutogénesis	47
14. La promoción de la salud: Interpretación salutogénica de la carta de Ottawa	52
15. Del río de la salud al río de la vida	54
Cuestionario de orientación a la vida-SOC	58
16. Investigación y práctica de la salutogénesis en la actualidad: investigaciones, seminarios, etc.	64
Aplicación práctica de la salutogenia	65
Investigación salutogénica una cuestión global	65
Retos y expansión del modelo salutogénico en la actualidad	66
17. El SOC aplicado con otras teorías, modelos o disciplinas en la tercera edad	72
Teoría del envejecimiento con éxito	72
Calidad de vida y capacidad de recuperación	76
18. Conceptos relacionados con el SOC que contribuyen a explicar la salud	77
Relación de la salutogenia con la resiliencia en el Trabajo Social	78
La resiliencia	78
19. Pro y contras del modelo salutogénico	79
20. Capítulos de desarrollo	81
El relativismo cultural entre España y Cuba, en cuanto al modelo salutogénico	81
Programa sociocultural del centro de día nuestra señora de belén	90
Centro de día	90
Talleres	91
La comunidad como parte imperante en la conformación de Belén ...	95
Residencia de la tercera edad, valles altos 2 Zaragoza	95

Investigación evaluativa del programa sociocultural del centro de día Nuestra Señora de Belén, resultados y conclusiones con respecto al modelo salutogénico	100
21. Recomendaciones para llevar a la práctica el modelo salutogénico en España	121
Recursos de resistencia generalizada, internos	123
22. El proyecto	139
Análisis de la realidad.....	141
Fundamentación	141
Objetivos.....	142
Generales	142
Específicos	142
Desarrollo del proyecto	143
Los destinatarios	143
Actividades	143
Metodología	146
Evaluación	148
Recursos humanos.....	150
Personal	150
Personal externo contratado	150
Personal interno no contratado.....	152
Presupuesto	153
Ingresos	155
La financiación correrá a cargo de:	155
Cuadro de financiación del préstamo francés (IBERCAJA)	155
Temporalización	156
Localización	157
23. Conclusiones	158
24. Bibliografía	161
25. Webgrafía	164
26. Anexos.....	166

Índice de tablas

Tabla 1. Algunos de los denominadores comunes y diferenciales de la salutogénesis y la Carta de Ottawa para la promoción de la salud.	52
Tabla 2. Comparación descriptiva de los elementos clave de la Carta de Ottawa y la salutogénesis.....	53
Tabla 3. Estabilidad del SOC a lo largo del tiempo. Algunos resultados de estudios longitudinales 1992-2009	63
Tabla 4 . Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía	85
Tabla 5. Planing de programación de las actividades	148
Tabla 6. Presupuesto	154
Tabla 7. Amortización del préstamo Francés:	156

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Descripción gráfica de la teoría de Antonovsky. Continuum de la salud “bienestar-enfermedad”. Elaboración propia.....	43
Ilustración 2. El núcleo de la carta de Ottawa, el individuo como sujeto activo y participativo	48
Ilustración 3. Representación gráfica de la salud en el río de la vida de Antonovsky	56
Ilustración 4. Países que utilizan instrumentos SOC para medir la salud (julio 2010). Bengt Lindström, Mónica Eriksson, Peter Wikström.	61
Ilustración 5. Paraguas salutogénico. Modificado según Eriksson y Linsdtröm, 2010. Formato, elaboración propia.....	77

Índice de gráficos

Gráfico 1. Edad	100
Gráfico 2. Estado Civil	100
Gráfico 3. Personas que padecen enfermedades.....	102
Gráfico 4. Enfermedades que padecen	103
Gráfico 5. Porcentaje de personas que consumen medicamentos.	104
Gráfico 6. Medicamentos consumidos antes y después de entrar a Belén.	105
Gráfico 7. Años transcurridos desde la última hospitalización	106
Gráfico 8. Condiciones de la vivienda.....	109
Gráfico 9. Núcleo de convivencia.....	109
Gráfico 10. Estudios.....	112

1. Introducción

La apremiante necesidad de introducir nuevas alternativas para la promoción y protección de la salud, se plantea como uno de los principales desafíos de las políticas públicas, es por ello que el modelo salutogénico instaura una nueva alternativa de promoción de la salud, que consiste en dar a las personas estrategias que les permitan utilizar sus propios recursos para mejorar su salud a través de aumentar el sentido de coherencia y los recursos de resistencia generalizada. En los años 70 Aaron Antonovsky, introdujo el concepto de salutogénesis promoviendo una mirada de la noción de salud en positivo, debido a que en su teoría se incluye la necesidad de mirar lo que crea la salud más que las limitaciones y las causas de la enfermedad.

La salutogenia es utilizada en la promoción y protección de la salud para mejorar la calidad de vida de las personas mayores; el deterioro que estas sufren es debido a los cambios que se dan con el tiempo en sus organismos y que conducen a alteraciones funcionales. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés, es por ello que es necesario utilizar otros recursos que ayuden a mejorar la calidad de vida de estas personas, utilizando otros paradigmas, y esto se puede lograr aumentando el sentido de coherencia y potenciando sus recursos de resistencia generalizada.

Este modelo lo descubrí durante mis prácticas de cooperación al desarrollo en el Departamento de Asuntos Humanitarios de la Oficina del Historiador de la Habana, esta práctica se aplicaba para el colectivo de la tercera edad en el convento de Nuestra Señora de Belén a aproximadamente 600

personas; la puesta en marcha del modelo salutogénico, llamó especialmente mi interés, porque sus concepciones son novedosas y puede ser muy útil llevarla a la práctica en países envejecidos como España. Este modelo tiene poca implantación en España, es por ello que es un reto conocer su fundamentación y como se puede aplicar y adaptar en la cultura Española. Al final de este trabajo podremos conocer como se aplica este modelo en Cuba y algunas propuestas para adaptarlo en España; se puede decir que recopilar información de este tema ha sido una tarea ardua y complicada debido a que existe poca y la que existe es muy general, es por todo ello que este trabajo se ha convertido en un desafío para mí, ya que nace de mi propia experiencia y del interés porque este modelo sea conocido; cabe destacar que este trabajo está organizado desde mis propias vivencias e intereses.

En definitiva, se debe tomar en consideración que la implantación del modelo salutogénico, precisa de un cambio de pensamiento que lleve a la acción, donde el anciano sea el sujeto y objeto a la hora de prevenir la enfermedad y de cuidar y mejorar su salud, teniendo como fin, incrementar su calidad de vida.

2. Presentación general y justificación del trabajo

El mundo se encuentra inmerso en un cambio demográfico sin precedentes, la longevidad está aumentando con una rapidez extraordinaria, y estadísticas incontrovertibles nos dicen que, a pesar de las tremendas disparidades en las condiciones de vida en los diferentes continentes y países, en las próximas décadas habrá muchas personas mayores. Por primera vez en la historia de la humanidad la mayoría de las personas viven hasta la vejez. La edad media de la población mundial ha pasado de 23,5 años en 1950 a 26 a 1998, y se espera que alcance los 38 años en el 2050. En términos generales, la zona más vieja del mundo es Europa.¹

El envejecimiento como fenómeno demográfico es una circunstancia nueva en la historia de la humanidad, aparecida a partir de mediados del siglo XX en los países desarrollados. Según la Organización Mundial de la Salud, “el envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad, y también uno de nuestros mayores desafíos”. Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento de la población a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales en todos los países.

El fenómeno del envejecimiento, plantea nuevos problemas de índole social y sanitaria que aparecen como retos a los gobiernos de los países envejecidos y a los profesionales que trabajan con personas mayores. Es por ello que se crean nuevas propuestas para promocionar la salud, ya que se deben reducir los costes sanitarios, pero a su vez incrementar la calidad de vida de la tercera edad, es ahí donde el modelo salutogénico es utilizado en muchos países del mundo, principalmente se utiliza el cuestionario del Sentido de Coherencia para la promoción de la salud.

¹ Rocío Fernández, *PsicoGerontología perspectivas europeas para un mundo que envejece*, Pirámide, Madrid, 2009, p. 153.

El modelo salutogénico tiene como principal objetivo, dar a las personas estrategias que les permitan utilizar sus propios recursos para mejorar su salud a través de aumentar el sentido de coherencia y sus recursos de resistencia generalizada. Los países más envejecidos, deben tomar medidas para hacer frente al envejecimiento de la población, este es el caso de España en donde el modelo salutogénico es poco utilizado, es por ello que uno de los intereses de este trabajo es que este modelo sea conocido, para que posteriormente pueda seguirse desarrollando, como ya lo hacen en otras partes del mundo, como por ejemplo Cuba, en donde tuve la oportunidad de realizar una investigación evaluativa en un centro para la tercera edad que aplicaba el modelo salutogénico como principio rector.

El ejemplo de Cuba me llamo la atención, ya que es un país con un sistema sanitario bueno, pero con pocos recursos económicos, es ahí de donde crea la necesidad de optimizar recursos, y que más recursos que los propios de las personas implicadas en el problema. Cuba es, después de Uruguay, el país con la población más envejecida de América Latina: el porcentaje de población de más de 60 años sobre el total aumentó del 7% al 16% y se estima que llegue al 22% en 2020.² Para el 2025 Cuba tendrá la población más envejecida de la región: un anciano por cada cuatro habitantes.

En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población de la tercera edad. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por ciento de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento»,

² Según las proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade). Agosto de 2008.

es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo veinte años.³

Con el fin de hacer frente a esta realidad anteriormente expuesta y a los cambios que esta produce se crea la necesidad de nuevos conocimientos que ayuden a que los ancianos tengan una mejor calidad de vida, para ello el enfoque salutogénico muestra que es posible centrarse en cómo prevenir la enfermedad y no en la enfermedad en sí y así poder potencializar los recursos internos y externos de las personas pertenecientes a la tercera edad como forma efectiva de evitar o combatir una amplia variedad de estresores, para que esto sirva como expresión de las potencialidades de este colectivo y para promover un envejecimiento con éxito que permita afrontar de manera efectiva el inevitable declive ligado al envejecimiento.

Es conocido que la ancianidad conlleva generalmente pérdidas y dolor, muchas personas mayores experimentan las exigencias y reveses del envejecimiento sin perder su bienestar psicológico. Las capacidades que permiten a las personas mayores superar las adversidades y mantener intacta su ilusión por la vida merecen la mayor atención, en principio esto fue lo que le llamó la atención a Antonovsky, como un grupo de mujeres que participaron en el Holocausto Nazi, se sobreponían mejor que otras ante la misma situación estresante. Es por ello que el objeto de este trabajo es transpolar esta teoría pero solo centrándonos en la tercera edad, y como estas personas pueden conseguir un envejecimiento con éxito a través de los recursos generales de resistencia y el sentido de coherencia generalizado; para que estos puedan apreciar mejor sus potencialidades y esto les ayude a realizar cambios en sus actitudes y comportamientos para alcanzar el anhelado envejecimiento con éxito

³ LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE Número 299: Disposiciones generales, p. 44142.

La implicación del SOC en la promoción de la salud cobra principal interés en muchos países del mundo, es por ello que la salutogenia sirve para que los agentes de las políticas sociales se beneficien de su teoría a través de las investigaciones de la misma para que esta cada vez sea más eficiente en la promoción de la salud y para que se pueda afrontar los retos de futuro y los cambios de las diversas etapas de la vida de acuerdo con el espíritu de los tiempos, tiempos en que impera el miedo al futuro poco prometedor, pero que se puede salvaguardar con teorías optimistas que potencien el éxito en cada etapa del ciclo evolutivo.

La principal ventaja de esta teoría es que al proseguir el camino salutogénico las personas pueden vivir más años, así como a estar más propensas a elegir comportamientos positivos de salud y en el caso de contraer enfermedades crónicas, se enfrentan mejor a ellas y afrontan mejor el estrés; además perciben que tienen una mejor salud y una buena calidad de vida.

3. Objeto del trabajo

Este trabajo se elabora con el fin de dar a conocer la importancia de teorías alternativas para la promoción de la salud, como es la salutogenia que promueve una mirada de la noción de salud en positivo, debido a que en su teoría incluye la necesidad de mirar lo que crea la salud más que las limitaciones y las causas de la enfermedad. Es por lo tanto que esta visión de la salud en positivo nos lleva a la prevención de las enfermedades y a la promoción y mantenimiento de la salud, en este caso se pone de referencia una etapa evolutiva en donde el desgaste físico es superior a otras, como es la tercera edad, en donde se deben promover estrategias teóricas y prácticas que puedan convertirse en una alternativa de trabajo con este colectivo, que ayuden a que los ancianos alcancen un envejecimiento con éxito y mejoren su calidad de vida; no es desconocida la realidad que existe, y es que el envejecimiento de la población cada vez

se acentúa más y es necesario que países como España tengan comportamientos proactivos en cuanto a esta situación.

Objetivo General

- ✚ Conocer los fundamentos de la teoría salutogénica y su aplicación práctica en el colectivo de la tercera edad.

Objetivos específicos

- ✚ Indagar sobre los cambios evolutivos que le sobrevienen a las personas mayores como punto de partida para clarificar la necesidad de implementar teorías que incrementen el envejecimiento positivo y con éxito.
- ✚ Averiguar las bases del modelo salutogénico y el desarrollo que ha tenido hasta la actualidad.
- ✚ Saber cómo se puede aplicar el modelo salutogénico en los países envejecidos como España y Cuba teniendo como punto de referencia el relativismo cultural.
- ✚ Descubrir cómo se puede llevar a cabo un proyecto salutogénico dirigido a la tercera edad.

4. Tema

La salutogenia como medio para potenciar los recursos externos e internos en la tercera edad. El tema hace referencia a la salutogenia como un medio para prevenir enfermedades y mantener la salud; esta se basa en la capacidad que tienen los individuos para recuperarse después de haber atravesado situaciones de elevado riesgo. Esta teoría potencia la capacidad de utilizar los recursos internos y externos (capital, autoestima, hábitos saludables, visión de la vida etc.), los cuales sirven para hacer frente a los desafíos vitales.

5. Metodología empleada

Metodología: Estudio cualitativo que sienta sus bases en el interaccionismo simbólico que pone énfasis en las significaciones que las personas estudiadas ponen en práctica para construir su mundo social. Se utiliza el método inductivo para descubrir y comprender procesos sociales, conceptos, proposiciones a partir de los datos, basados en la realidad social y no de supuestos de otras investigaciones o marcos teóricos, para obtener una descripción o explicación de la aplicación de la teoría salutogénica en la tercera edad, una conceptualización con bases empíricas para integrar este suceso y darle sentido. El proceso es abierto y flexible.

Para realizar este trabajo se han utilizada diversas técnicas de investigación social (observación participante y entrevistas semiestructuradas); como punto de partida, el conocimiento de la teoría salutogénica parte de la experiencia como observante participante en el Centro de día Nuestra Señora de Belén, en la Habana-Cuba; durante las prácticas de cooperación al desarrollo con la tercera edad, en el año 2011. En este centro realicé una investigación evaluativa del programa sociocultural del centro de día en la comunidad de Belén, programa conformado por diferentes actividades, proyectos y talleres de diversa índole que utilizaban el modelo salutogénico como herramienta, dirigida al colectivo de la tercera edad. La observación realizada permitió la recogida de información inédita directamente de la realidad social; ésta se llevaba a cabo día a día durante tres meses en las actividades y las reflexiones que se realizaban en el centro.

Por otro lado se han utilizado fuentes secundarias de información como: investigaciones en España de la salutogenia y fuentes bibliográficas de diversos autores, principalmente se utilizó la teoría de Antonovsky y los posteriores desarrollos de la misma, realizados por Bengt Lindström y

Mónica Eriksson; así como diversas fuentes que ayudan a complementar y a enriquecer el trabajo.

Participantes: Para conocer la realidad de las unidades de observación (personas de la tercera edad pertenecientes al Convento de Belén), se llevaron a cabo 151 entrevistas a miembros del centro de día. Para la elección de los entrevistados se tuvo en cuenta el cálculo de la muestra, ya que este centro está conformado aproximadamente por 600 personas.

La forma de relacionarnos con los entrevistados fue a través de la participación en las actividades y talleres del centro, dentro de las cuales apartábamos a 12 abuelos diariamente para realizarles las entrevistas; se efectuó un contacto cara a cara con el usuario, además de desarrollar una conversación a través de preguntas abiertas, para poder recopilar la información necesaria. Entrevistamos a un 88,08% de mujeres y a un 11,92% de hombres con edades comprendidas entre los 50 y 90 años, siendo la gran mayoría viudos, en segundo lugar casados y en tercer lugar divorciados.

Las entrevistas llevadas a cabo se enmarcan de la siguiente forma:

Según el número de individuos: Son individualizadas, ya que han sido realizadas a cada usuario de forma independiente.

Según el alcance temático: Son politemáticas, porque se abarcan varios temas.

Según la estructuración o dirección: Han sido semiestructuradas, es decir, con un guión meramente orientativo, para poder seguir el hilo de la entrevista, pero siempre adaptándolo al desarrollo de esta, reconduciéndola en función de la información que se considera útil.

Desarrollo de la entrevista

Se realizaron las entrevistas de forma individual, con un promedio 12 por día, durante un período de tiempo de un mes, el horario elegido para

realizarlas ha sido de 9 a 2 de la tarde. Las entrevistas fueron efectuadas por dos entrevistadoras.

Duración y número de entrevistas:

La realización de las entrevistas, fue de un tiempo aproximado de cuarenta minutos por persona. En total se han realizado 151 entrevistas, cada una contiene 57 preguntas.

Recogida de datos: Se realizaron acercamientos con los sujetos, a los cuales se les explicaba la naturaleza de la entrevista y las condiciones de su realización, asegurando el anonimato y la confidencialidad. Al momento de la entrevista en profundidad se aplica consentimiento informado. Las preguntas orientadoras fueron dirigidas a evaluar las actividades y talleres del centro, así como también, cómo el modelo salutogénico mejoró sus vidas en diferentes áreas.

Análisis de datos: Las entrevistas son transcritas diariamente, para su posterior codificación y análisis, los datos cuantitativos son recopilados en Microsoft Excel para su posterior cálculo y elaboración de gráficos.

Resultados: Los relatos de los participantes revelan 4 temas centrales en cuanto a la teoría salutogénica: 1) características de los miembros del centro y la opinión que tienen acerca de los talleres y actividades que se realizan 2) los cambios que han acontecido en sus vidas desde que aplican el modelo salutogénico, como un estilo de vida; 3) aportaciones que ha hecho el centro en cuando a que los abuelos valoren su vejez como positiva y con éxito 4) la gran mayoría de de abuelos consideran que su vida es coherente y tienen proyectos a futuro.

En definitiva se realizó un trabajo de campo que permitió que se pudiera observar el fenómeno directamente de la forma más completa posible, para adquirir una comprensión global de la implementación de la teoría salutogénica en el centro de día, así como la observación de actitudes,

costumbres, conductas y cambios en los hábitos etc. de las personas pertenecientes a este centro.

6. Estructura del trabajo

En primer lugar se realiza un marco en el que se desenvuelve el anciano y los cambios que le ocurren, para después poder desarrollar y entender la importancia de la teoría salutogénica desarrollada por Antonovsky; en segundo lugar se complementa la teoría salutogénica con el desarrollo de otros autores (Eriksson y Lindstrom); posteriormente se enmarca la teoría salutogénica en diferentes puntos: la influencia de este modelo en la promoción de la salud, la investigación de la salutogenia en la actualidad, la comparación con otros conceptos modelos o teorías relacionados con la salutogenia, centrándose principalmente en la resiliencia. Ulteriormente se desarrolla un análisis de la importancia del modelo salutogénico en los países envejecidos, para ello se utilizan los resultados de la investigación llevada en el centro de día Nuestra Señora de Belén, y se analizan los resultados con respecto a la salutogenia; por otra parte se realiza una comparación en cuanto al relativismo cultural entre España y Cuba. Para concluir se elaboran una serie de recomendaciones de buenas prácticas salutogénicas en la tercera edad y se elabora un proyecto de aplicación práctica de la teoría salutogénica en la tercera edad, en cualquier centro de día o sociocultural de Zaragoza.

Para terminar el trabajo, se engloban los aspectos más importantes del mismo en forma de conclusiones y se cita la bibliografía utilizada; así como también se incluyen los anexos correspondientes. Cabe decir, que la elaboración de bibliografía y citas, se han realizado según las normas de la *American Psychological Association* (APA).

7. Fundamentación terminológica

Para la mejor comprensión del desarrollo de este trabajo es importante hacer hincapié en los diferentes conceptos que nos ayudarán a entender de una forma clara este modelo.

En primer lugar es importante explicar el término, que configura la base de este trabajo.

Salutogénesis

El nombre salutogénesis viene de las palabras Salus (del latín, salud) y génesis (del griego, origen) significando origen de la salud. Conceptualmente se define como: *“el proceso del movimiento que va hacia el extremo de la salud en un continuo de bienestar-enfermedad”* (Antonovsky 1993). La aproximación salutogénica se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud. En la teoría salutogénica es fundamental considerar la salud como una posición en el continuo bienestar-enfermedad y el movimiento en dirección al extremo de la salud. Desde la fase inicial del desarrollo de la teoría de la salutogénesis la intención era aplicarla a nivel individual, de grupo y de sociedad. Antonovsky empezó a desarrollar un cuestionario separado para medir el SOC en comunidades (Sagy 1998). Todavía se tiene que mejorar antes de ser usado de forma generalizada.

Sentido de coherencia (SOC)

El primer concepto clave de la teoría salutogénica es el sentido de Coherencia (SOC). Se define como: “Una orientación global que expresa hasta qué punto se tiene la sensación de seguridad dominante y duradera, aunque dinámica, de que los estímulos provenientes de nuestro entorno interno y externo o en el curso de la vida están estructurados, son predecibles y manejables; los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen estos estímulos; y estas demandas son desafíos

que merecen la energía y compromiso invertidos" (Antonovsky 1987, p.19)

El SOC está compuesto por tres dimensiones, que son la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad. Tener un SOC fuerte permite a las personas ver la vida como algo coherente, comprensible, manejable y significativo, otorgándole una confianza y seguridad interiores para identificar recursos dentro de uno mismo y en su entorno inmediato, una habilidad para utilizar y reutilizar estos recursos de forma promotora de la salud. Además, la orientación a la vida (SOC) es una forma de pensar, de ser y de ponerse en acción como ser humano, proporciona una dirección a la vida. No se trata únicamente de una cuestión individual, sino de la interacción de la persona en el contexto de la vida. Las tres dimensiones interactúan unas con otras, pero lo más importante es el factor motivacional o de significatividad. Es la fuerza motriz de la vida, si hay significado, se tiende a imponer estructuras y a buscar recursos, esto significa fortalecer los otros dos componentes, la comprensibilidad y la manejabilidad. No es qué da sentido a la vida lo que importa, sino el hecho de que existe una fuerte creencia de que la vida de uno tiene significado.

Antonovsky, (1993d) considera que el SOC no es una estrategia para afrontar el estrés ni un rasgo personal, sino una orientación a la vida. El SOC se puede ver como un recurso para afrontar el estrés al proporcionar la habilidad para elegir diferentes estrategias para resolver diferentes problemas o para afrontar eventos de la vida.

Recursos de resistencia generalizada

El tercer concepto clave son los recursos de resistencia generalizada (GRR), estos se definen como una característica: física, bioquímica, artefactual-material, cognitiva, emocional, valorativa-actitudinal, interpersonal-relacional, macro sociocultural de los individuos, grupo primario, subcultural o sociedad, que es efectiva para evitar o combatir

una amplia variedad de estresores y por lo tanto la prevención de transformar la tensión en estrés.

Los GRR proporcionan prerequisites para el desarrollo del SOC. Se pueden encontrar dentro de las personas como recurso inherentes a su persona y capacidad, pero también en su entorno inmediato y distante, en forma de cualidades tanto materiales como inmateriales de la persona y de toda sociedad, tales como: dinero, alojamiento, autoestima, conocimiento, herencia, orientación a la salud, contacto con los sentimientos interiores, relaciones sociales, cuestiones existenciales, creencias, religión, significado de la vida (Antonovsky 1979, 1987). Al menos cuatro de los GRR tienen que estar disponibles para poder facilitar el desarrollo de un SOC fuerte: actividades significativas, pensamientos existenciales, contacto con los sentimientos interiores y relaciones sociales. La clave no está únicamente en disponer de los recursos, sino la habilidad para usarlos de forma promotora de salud.⁴

⁴ Bengt Linström y Mónica Eriksson, *Guía del autoestopista Salutogénico*, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoció de la salut, Girona, 2011, pp.27-29.

8. Fundamentación teórica

Contextualización del anciano y su entorno

El anciano y el envejecimiento

La vejez es un período de la vida en el que el deterioro de las capacidades incrementa de manera notable, así como también la presión y las limitaciones impuestas por el ambiente físico (Lawton, 1999). Los ancianos en particular tienen un riesgo mayor de necesitar asistencia personal, de vivir solos, de disponer de menores ingresos, de encontrarse socialmente aislados, de vivir en casas necesitadas de restauración y en barrios con tendencia al declive y el deterioro. Las pérdidas funcionales, por otro lado, son determinantes en el declive de la movilidad fuera de la casa, que es un factor capital de la calidad de vida. Por tanto, es comprensible que la vinculación entre el ambiente físico y los resultados del envejecimiento sea particularmente estrecha en los ancianos, que son también los que tienen mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas y un declive funcional ligado a la edad (problemas de movilidad, pérdidas sensoriales, deterioro cognitivo) que condicionan de manera notable la mutua relación entre las personas y el ambiente.

Las circunstancias que viven en particular los ancianos, son propicias para que algunos de estos sean atendidos en centros o residencias que satisfagan sus necesidades, este es el punto de partida para entender que actualmente los centros de día se centran en tratar la enfermedad, pero no se gestionan proyectos o no se trabaja con modelos que motiven a los adultos mayores a potenciar sus capacidades y a ser ellos mismos protagonistas de su propia salud, así como de su recuperación, si estos tienen un sentido de coherencia bajo, se crea la necesidad de que estas instituciones ayuden a la mejora de su salud a través de métodos que contribuyan a la prevención de enfermedades y que se dirijan a cambiar de alguna forma la manera de pensar de este sector que está muy ligado

a que la edad es sinónimo de enfermedad, es cierto que hay pérdidas pero éstas pueden ser positivas y pueden encajarse de otra manera que ayuden a mejorar la calidad de vida del anciano. A la hora de intervenir se hace necesario la comprensión de las relaciones persona-ambiente físico, ya que esta en muchos casos se considera la única alternativa terapéutica (Cohen y Weisman, 1991).

Es interesante abarcar el envejecimiento desde un aspecto cultural, las percepciones de la vejez y el envejecimiento son parte de nuestro mundo, que es una construcción social, y en cuanto tales dirigen nuestras identificaciones y motivaciones, probablemente más que la edad afectiva cronológica (Featherstone y Hepworth, 2005).

El envejecimiento es un proceso vital, no una enfermedad. El envejecimiento es entendido como los cambios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos y psicológicos que acontecen como consecuencia del funcionamiento en el tiempo. Es producto de una relación compleja y dinámica entre la persona que envejece y los factores externos ambientales y ecológicos.

Existe una gran diversidad en la forma de envejecer física y mentalmente. Es común que los cambios que acontecen con el envejecimiento determinen que la vejez sea una etapa del ciclo vital caracterizada por la disminución de la capacidad de respuesta, o de adaptación, a situaciones estresantes biopsicosociales. El anciano es más susceptible y vulnerable a los problemas de salud que las personas jóvenes. No debe considerarse que el envejecimiento por sí mismo sea causa de enfermedad: «La presencia de síntomas corresponde a la presencia de enfermedades y no a los cambios fisiológicos del envejecimiento».

¿Qué cambios acontecen en las personas en el envejecimiento?

Durante el envejecimiento se producen modificaciones en las distintas áreas de la persona, considerada ésta como un todo desde la perspectiva biopsicosocial.

Cambios biológicos

Los cambios biológicos que acontecen con el envejecimiento provocan un descenso de sus reservas funcionales y de su capacidad de respuesta. Las modificaciones que se observan en los órganos dependen del proceso de envejecimiento y de las diversas situaciones de desuso (disminución de la actividad física) que se asocian con frecuencia a la vejez.

Cambios psicológicos

Según la psicología evolutiva, no hay una forma única de envejecer. El envejecimiento psicológico depende más de los factores socioeconómicos y culturales que envuelven al individuo que de la edad cronológica. Es a partir de los 70 años cuando, respecto a los sujetos más jóvenes, las diferencias psicológicas por el envejecimiento se hacen más patentes. Las características psicológicas del envejecimiento se modifican de una generación de ancianos a otra según los condicionantes ambientales. A su vez, se verifica que dentro de cada generación el proceso de envejecer es heterogéneo. Se describe así un efecto cohorte según el cual uno envejece según las condiciones en las que ha vivido.

Cambios intelectuales

En la vejez han de diferenciarse dos situaciones, el declive y el deterioro intelectual. El declive intelectual acontece por el proceso del envejecimiento y no puede ser explicado exclusivamente por la edad, pues intervienen otras variables como el proceso de socialización, la educación y el nivel de ejercitación intelectual. El declive intelectual no afecta a todas las funciones a la vez, su principal manifestación es el detrimento en la exactitud y rapidez de la ejecución de tareas

simultáneas, especialmente cuando se exige que las mismas sean realizadas en un tiempo corto y de forma contraria a la habitual del anciano. La plasticidad de la inteligencia permite que el rendimiento intelectual individual pueda ser modificado por la práctica, de forma que el ejercicio intelectual durante la vejez puede llegar a compensar el declive fisiológico que acontece. En contra de los estereotipos, el anciano puede seguir aprendiendo cuando se optimizan las condiciones para el aprendizaje. El deterioro es la pérdida del nivel intelectual secundario a una enfermedad, como el que sucede en la demencia.

Cambios en la personalidad

Está aceptado que no hay un solo prototipo de personalidad en la vejez y que ésta viene determinada por la personalidad previa. En edades avanzadas, superiores a los 75 años, aparecen características de la personalidad producto del proceso de adaptación a las pérdidas y del intento continuo de cada sujeto por mantener «el uno mismo de manera estable». De esta forma, los ancianos se diferencian según los modelos de adaptación que utilizan y no por la edad cronológica.

Existen distintas teorías que tratan de explicar la adaptación satisfactoria al proceso de envejecer: a) la teoría de la desconexión, que defiende que el envejecimiento satisfactorio conlleva un corte con los vínculos laborales, sociales y familiares, aumentando la satisfacción por la vivencia de otras experiencias; b) la teoría de la actividad, que postula que para envejecer con salud se debe estar y mantener lo más activo posible, y c) la teoría de la continuidad, que mantiene una posición intermedia entre las dos teorías anteriores y postula que la vejez satisfactoria se produce cuando el sujeto hace frente a las situaciones que acontecen en el envejecimiento, manteniendo las preferencias personales previas.

Cambios sociales

Los principales problemas sociales que acontecen en la vejez son:

La pobreza

Con la jubilación se produce una situación de pobreza relativa por reducción de los ingresos, del poder adquisitivo y por la pérdida del estatus social. La pobreza relativa influye negativamente en las condiciones de las viviendas, en la nutrición y en el aislamiento de las personas mayores.

Problemas con la vivienda

El acondicionamiento de las viviendas y de su entorno inmediato es muy importante para las personas mayores, debido a que si es inadecuado y en el viven personas con incapacidades, esta situación hace que aumente el grado de dependencia físico-afectiva y favorece la incidencia de accidentes. Los problemas relacionados con la vivienda comprenden la presencia de barreras arquitectónicas y la reducción del espacio vital de los ancianos en el domicilio propio o de la familia por vivir con los hijos que los atienden.

Cambios en el estado marital

Los estados de viudedad originan situaciones de empeoramiento del estado financiero, de soledad y de cambios del lugar de residencia, y son un factor de riesgo para la institucionalización. La viudedad afecta más a las mujeres que a los hombres.

El escaso soporte social, y dentro de él la situación de viudedad, se ha relacionado con la mortalidad por todas las causas en los sujetos de todas las edades. Entre los ancianos, el riesgo relativo de morir por insuficiente soporte social es ligeramente mayor para los sujetos varones de entre 65 y 74 años que para las mujeres (1,22 frente a 1,10), y disminuye para los sujetos de edad comprendida entre 75 y 84 años. En las personas de

mayor edad, la situación de aislamiento social desempeña un papel más importante en el riesgo relativo de morir que el estado civil.

La soledad

Puede estar asociada o no a las situaciones de aislamiento social, y los factores que predisponen a ella son la emigración, la viudedad, la incapacidad, el ser un anciano cuidador y el ser muy viejo. Las consecuencias de la soledad son la malnutrición, la mayor incidencia de trastornos afectivos y, de forma genérica, una exacerbación del envejecimiento biológico.

La soledad es una situación que afecta más a las mujeres y a las zonas rurales. La presencia de convivientes se comporta como un factor protector del abandono. Las consideraciones sociales negativas sobre el envejecimiento condicionan, entre otros aspectos, la negación de recursos sociosanitarios por la elevada edad, el deterioro de las relaciones entre generaciones que provocan situaciones de abuso personal de los viejos, y el desinterés de los profesionales sanitarios por los síntomas de los ancianos. La máxima expresión de las consideraciones sociales inadecuadas sobre el envejecimiento constituyen el viejísimo, que es la estereotipación negativa sistemática y la discriminación de las personas por su edad. Si bien la jubilación tiene consecuencias sobre la forma de vivir de la persona, no hay evidencia de que la misma, como tal, tenga efectos negativos para el bienestar biopsicológico de las personas. El impacto de la jubilación depende de las características de personalidad del sujeto.

¿Cómo es la vivencia del envejecimiento?

No existe un patrón único en la forma de vivir o percibir el envejecimiento: éste depende de la personalidad del sujeto y de los factores externos. Los factores que más influyen son la salud, la situación

económica y el estado marital; pero es, finalmente, la personalidad de cada individuo la que determina cómo afectan dichos factores.

El estereotipo negativo de la vejez es compartido por muchos ancianos y provoca miedo a la dependencia, a las deudas económicas, a la soledad y a la institucionalización. No obstante, otros muchos ancianos asumen dicho estereotipo como descriptor del envejecimiento de los «otros», pues no se ven a sí mismos como enfermos, incapacitados, solos o viejos. Perlado, describe dos formas de envejecer:

- ✚ Objetiva, en la que se observan los múltiples cambios de la vejez.
- ✚ Subjetiva, que se caracteriza por la presencia de sentimientos de limitación, de no poder disponer de la libertad de elegir.

El envejecimiento subjetivo produce percepciones de inseguridad e impotencia para adaptarse al medio.

El envejecimiento adecuado debe acontecer en las tres áreas vitales: la física, la intelectual y la interpersonal. Las actividades de promoción y prevención de la salud consideradas desde un modelo biopsicosocial y en este caso se puede pensar también en la aplicación de un modelo salutogénico que ayude a mejorar el bienestar personal.⁵

Importancia de las relaciones persona ambiente en el envejecimiento

En las personas mayores es importante el argumento de la vida, en el mismo sitio; es típico de las personas mayores el haber vivido mucho tiempo en el mismo lugar físico, lo que provoca fuertes vínculos cognitivos y afectivos de la persona mayor con su ambiente (Oswald y Wahl, 2005).

⁵ Iñaki Martín, *Atención a las personas mayores desde la atención primaria*: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Semfyc ediciones, Barcelona, 2004, pp.4-7.

El ambiente que rodea a las personas de la tercera edad también está vinculado con los diferentes tipos de centros y residencias que prestan servicios, crean vínculos, debido a que en estos espacios el anciano conoce nuevos amigos, establece nuevas relaciones con profesionales y en este clima se aplican diversos tratamientos y terapias, es por ello que este ambiente es propicio para aplicar la salutogenia, ya que los ancianos pueden vivir en estos sitios a tiempo parcial o total, y es responsabilidad de estos centros mejorar la calidad de vida de estos usuarios a través de diversos modos.

La aplicación de la salutogenia en este tipo de centros les ayuda a un cambio de perspectiva mental, es decir nuevas formas de concebir su propia salud y bienestar, así como que ellos sean el motor para mejorar su situación. En el momento que el anciano concibe su salud de una forma diferente y además de eso empieza a ser consciente de los hábitos que son perjudiciales para su salud, este cambio le lleva a tener una actitud activa y promotora de salud, lo cual le ayuda a tomar partido en su propio cuidado.

En la práctica, la salutogenia en la tercera edad solo se lleva a cabo en centros o residencias, ya que extender este modelo a la población en general, crea la necesidad de la intervención de agentes públicos y sociales que conciban esta teoría y que la lleven a la práctica en su quehacer diario, es decir que en los centros de ocio y tiempo libre, centros sanitarios, ONGs y otras organizaciones, consideren esta teoría como eficaz y esto les lleve a promover proyectos que incluyan la implementación de este modelo en sus actividades con la tercera edad.

Afecto y las emociones

La principal teoría en este ámbito la desarrollan Carstensen, Fung y Charles, 2003, la cual postula que las personas mayores están predispuestas al procesamiento positivo de la información. Esto se debe a la limitación de su perspectiva temporal, la cual produce desplazamientos

motivacionales que dirigen la atención hacia objetivos emocionalmente valiosos. Durante la vejez el funcionamiento emocional se reduce en buena medida (Cartense, Mikels y Mather, en prensa); aunque la reactividad a los estímulos que provocan la emoción parece disminuir en la vejez, no es el caso cuando los estímulos son relevantes para la edad (Kunzmann y Grühn, 2005).

Con la edad existe una mayor capacidad de regulación emocional, ya que una mayor edad puede causar un mayor control emocional y un equilibrio emocional relativamente más positivo (Gross, Carstebsebm Tsai, Skorpen y Hsu, 1997; Isaacowitz y Smith, 2003; Pinquart, 2000). Este equilibrio emocional positivo está ligado a un bienestar relativamente estable en la vejez, a pesar de las pérdidas en el ámbito de la salud y lo social (Kunzmann, Little y Smith, 2000). Por otro lado, la afectividad positiva facilita el funcionamiento sociopsicológico de las personas mayores con la implicación positiva en la vida social (Kunzmann, Stange y Jordan, 2005). Según los planteamientos sociocognitivos, con la edad se produciría un aumento de la capacidad para comprender las emociones, debido principalmente a la acumulación de experiencias vitales. (Castrense et al. 2003g).

En definitiva la emoción es una de las pocas dimensiones psicológicas cuyo funcionamiento permanece relativamente intacto, e incluso mejora, a lo largo de la vida, y hasta una edad muy avanzada. En relación con la vida diaria, las emociones pueden, por tanto, ayudar a los ancianos a afrontar con éxito los desafíos crecientes de la vejez, y a los más jóvenes aprender de los mayores de cómo abordar de manera eficaz los problemas emocionales de las relaciones sociales.

Personalidad y creencias sobre uno mismo

En los últimos años de vida es probable que tanto la estabilidad como el cambio en costumbres, actitudes, objetivos y estrategias de interacción y adaptación sean necesarios. La estabilidad en el anciano es necesaria para

que este pueda preservar su propia identidad, así como para el establecimiento y mantenimiento de relaciones estables con los demás.

Los rasgos de personalidad en la tercera edad son los que denotan que los ancianos tengan un tipo de respuesta y no otro en diferentes circunstancias a lo largo del tiempo estos rasgos son: extraversión, amabilidad, responsabilidad, neuroticismo (frente a la estabilidad emocional) y apertura a la experiencia o cultura (Caprar y Cervone, 2000; Digman, 1990)

Los valores sirven como directrices en los adultos mayores, estos ponen de manifiesto el funcionamiento de la personalidad sobretodo con los ideales que guían la vida de las personas y los modelos que sirven de criterios para sus juicios sobre el comportamiento, los acontecimientos, los otros y el yo. Principalmente según estudios los mayores suelen hacer énfasis en los valores de conformidad, tradición y seguridad, en benevolencia por el contrario en valores de autosuperación y apertura al cambio, los mayores no potencian este tipo de factores, muchas veces la carencia de estos factores como el de la falta de autosuperación y estimulación hacen que los abuelos no encuentren un camino para tener un envejecimiento con éxito y se sientan segregados, es por ello que la salutogenia puede contribuir en este aspecto a que los abuelos que tengan o desarrollen un sentido de coherencia alto, puedan tener perspectivas de futuro, que vean es sus pérdidas ganancias, que se impliquen en actividades y sobretodo que potencien todo lo que les hace sentirse útiles y valiosos.

Los motivos se pueden definir como disposiciones del adulto mayor para esforzarse por alcanzar ciertos tipos de incentivos, recompensas y objetivos positivos, o evitar ciertos tipos de amenazas, es por ello que los abuelos que tienen motivos en sus vidas, entendiendo estos como metas o objetivos pueden percibir un envejecimiento positivo y sentirse satisfechos con sus vidas, es decir realizando actividades que les haga sentirse útiles

(ayudando a otros, cursando estudios como la universidad de la experiencia); lo que marca la diferencia entre unos abuelos y otros es su orientación motivacional, es decir, pueden realizar tareas desafiantes, tener relaciones afectivas positivas con otras personas etc.; todo lo que para ellos implique ilusión y que les lleva a sentirse bien consigo mismo.

La autoestima, es la consideración y aceptación general que tiene el anciano de sí mismo como persona (Harter, 1993), esta se desarrolla a lo largo de la vida incluyendo las situaciones difíciles, tener claro quién eres y donde quieres llegar, cuales son las limitaciones y las potencialidades pero no dejarse abrumar por derrotas sino esforzarse por alcanzar los objetivos. Según estudios las personas que tienen una alta autoestima tiene menor riesgo de padecer síntomas de ansiedad y depresión y gozan de mejor salud (Baumeister, 1993; Greenberg et al.,1992; o Connor y Vallerand, 1998), además de que adoptan estrategias más eficientes en la consecución de sus objetivos, están menos inclinados a tirar toalla ante los obstáculos y adversidades (Kernis, 1995), sienten mayor control sobre los acontecimientos de la vida (Tedeschi y Norman, 1985) y tienen mayor confianza en sí mismos, especialmente después de un fracaso inicial (por ejemplo, Mc Farlin y Blanscovich, 1981).

La autoestima alta tiene numerosos beneficios en la tercera edad, actúa como factor protector y fomenta los recursos personales e interpersonales. El efecto positivo de la autoestima es particularmente duradero en el tiempo como consecuencia de los cambios en las capacidades y actitudes personales la variación del entorno social, del que se sirve el individuo para comparar sus características, capacidades y logros (por ejemplo, Damon y Hart, 1998; Harter, 1998). La confianza en las propias capacidades permite ejercer control sobre los acontecimientos que afectan su vida, si los abuelos no sienten que pueden tener éxito en la obtención de lo que desean, sienten escasa motivación para emprender actividades o perseverar ante las dificultades o fracasos. Las personas mayores poseen un manejo más efectivo de sus emociones, negativas y

positivas, que de la asertividad social, además de una excesiva empatía hacia las peticiones de los demás de consuelo y apoyo.

Bienestar subjetivo

El anciano realiza una evaluación de su satisfacción en la vida, según patrones subjetivamente determinados, y puede determinarse a nivel general cuando se refiera a la vida en conjunto, o a niveles más específicos cuando se refiere a determinados ámbitos de la vida como la familia, el tiempo libre, los amigos etc. existe una comparación que realiza el anciano, este hace un balance de las experiencias positivas y las negativas que han transcurrido durante su vida (Diener, 1984, 1994, 2000; Diener et al., 1999), además de esto el anciano debe tener un equilibrio para no considerar su vida como un fracaso sino como un acierto independiente de que haya vivido situaciones negativas.

Las personas mayores experimentan altos niveles de satisfacción con sus vidas y felicidad cuando disfrutan de ventajas de una posición socioeconómica elevada, tienen una amplia red de amigos y pueden expresar plenamente su autonomía (Diener y Suh, 1997; Field y Minkler, 1988; Carstensen, 1992; Cartensen Pasupathi, Mayr y Nesselroade, 2000; Mroczek y Kolarz, 1998; Ryff 1989b; Zamarrón y Fernandez-Ballesteros, 2000). Las personas mayores pueden sacar partido de las experiencias anteriores de su vida para seguir haciendo una valoración positiva, pero no pueden evitar reconocer las pérdidas, adversidades y dolores ligados a la edad.

Bienestar psicológico

El bienestar psicológico en la tercera edad se puede lograr articulando seis dimensiones fundamentales: teniendo sentimientos positivos acerca de si misma, y su vida pasada, y aceptar sus incapacidades y limitaciones personales, así como tener relaciones con los demás que sean de calidad, que resulten gratificantes y ofrezcan apoyo, además debe ser capaz de afrontar de manera eficaz las exigencias y tareas de la vida diaria y de

seguir sus ideas y convicciones aunque vayan en contra de los convencional y de las opiniones de otros. Por último, entre los rasgos principales del bienestar psicológico está la necesidad de encontrar sentido a la propia vida, lo que incluye tener objetivos que le den una dirección o un propósito a la vida y experimentar un sentimiento de continuo desarrollo y realización de los propios talentos y potencialidades (Ryff, 1989^a, 1995, 1998; Ryff, Kwan y Singer, 2001). En relación con esto el sentido de coherencia se puede ver como un recurso para afrontar el estrés al proporcionar la habilidad para elegir diferentes estrategias, para resolver diversos problemas o para afrontar eventos de la vida.⁶

El envejecimiento activo

La actividad es la clave de un buen envejecimiento, el envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

Este término fue adoptado por la OMS a finales de 1990 con el objetivo de transmitir un mensaje más amplio que el del «envejecimiento saludable» y reconocer los factores y sectores, además de la mera asistencia sanitaria, que afectan a cómo envejecen individuos y poblaciones.

Así, la palabra «activo» se refiere a una implicación continua social, económica, espiritual, cultural y cívica, y no simplemente a la capacidad de permanecer físicamente activo. Mantener la autonomía es el principal objetivo tanto para los individuos como para los responsables políticos. La salud, el factor clave de la autonomía, posibilita una experiencia de envejecimiento activo.

El enfoque del envejecimiento activo está basado en el reconocimiento de los Derechos Humanos de las personas mayores y los principios de las

⁶ Rocío Fernández, *PsicoGerontología perspectivas europeas para un mundo que envejece*, Pirámide, Madrid, 2009, pp.87-175.

Naciones Unidas, de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización.

El Imsero (Instituto de mayores y servicios sociales) en España promueve los siguientes programas para el envejecimiento activo:

- ✚ Vacaciones
- ✚ Termalismo
- ✚ Libro Blanco del «Envejecimiento Activo»
- ✚ Teleasistencia Domiciliaria
- ✚ Programa «Cerca de ti»
- ✚ Envejecimiento en el Portal Mayores

La salud y la productividad dependen de una diversidad de factores o determinantes que rodean a las personas, las familias y las naciones, que son:

1. Género y cultura.
2. Los sistemas sanitario y social.
3. Factores económicos: ingresos, trabajo y protección social.
4. Factores del entorno físico.
5. Factores personales.
6. Factores comportamentales.
7. Factores del ambiente social.

El envejecimiento es, por tanto, un fenómeno que tiene su origen en un conjunto de efectos multifactoriales. Desde el punto de vista psicosocial, los psicólogos y gerontólogos hablan a su vez de:

La vejez con éxito o competente

La vejez con éxito puede definirse como el entrecruzamiento de la salud (o ausencia de enfermedad) y habilidad funcional (o ausencia de discapacidad), del óptimo funcionamiento cognitivo y físico y de un alto compromiso con la vida (Rowe y Khan^{2, 3}, 1997).

Funcionamiento físico

Existen decenas de investigaciones que en la última década han puesto de relieve la relación entre actividad física enérgica y regular y el envejecimiento competente, así como también están ampliamente demostrados los beneficios del ejercicio físico en la salud física y mental.

El envejecimiento a veces se asocia con una desvinculación social y afectiva, siendo el aislamiento y la ausencia de relaciones sociales factores predictores de enfermedad y dependencia. Por tanto, mantener una amplia red de apoyo social es un buen predictor de longevidad. Llevar una vida activa más allá del ocio y de llenar el tiempo libre mediante la recreación y la actividad, con la realización de acciones de voluntariado o participando como transmisores de experiencias, cultura y valores es fundamental para mejorar la autoestima, tener sentimientos de pertenencia y utilidad y, por tanto, tener una vejez exitosa.

Como se puede observar, ya sea desde el enfoque del envejecimiento activo o del envejecimiento con éxito, la prevención es un factor fundamental. Hay que prevenir durante toda la vida, pues siempre se está envejeciendo, pero aunque no tomemos conciencia de ello hasta los 50 años, aun así queda mucho tiempo y oportunidades⁷

Envejecimiento positivo y con éxito

La noción de envejecimiento con éxito parece implicar discontinuidad en ciertos procesos de desarrollo al entrar en la vejez. Los criterios para envejecer con éxito dependen necesariamente de los valores sociales y culturales. Mientras que en determinadas culturas la acumulación de bienes materiales puede ser indicador válido de éxito, en otras la cumbre del éxito puede ser la sabiduría. El envejecimiento con éxito se

⁷ Iñaki Martín, *Atención a las personas mayores desde la atención primaria*: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Semfyc ediciones, Barcelona, 2004, pp.39-41.

conceptualiza mejor como un proceso que incluye simultáneamente la maximización de ganancias y la minimización de pérdidas, estas pueden también ser causa de ganancia, aunque parezca un poco paradójico pues estas se dan cuando se adquieren nuevas habilidades compensatorias como respuesta a las pérdidas. Pero las ganancias también pueden implicar pérdidas, cuando la optimización de un ámbito de funcionamiento dificulta la mejora en otros, debido a interferencias o limitación de recursos. Las personas mayores sufren un declive en su capacidad física y en la salud, pero a su vez también pierden conocidos y personas próximas.

El envejecimiento positivo puede partir del sentido de coherencia que tenga el adulto mayor, puesto que en este se incluyen conceptos psicológicos como la sabiduría o la satisfacción con la vida, o bien el bienestar subjetivo. No existe un camino claro para llegar a un envejecimiento positivo y con éxito ya que ambos son subjetivos y parten de las fortalezas y potencialidades de las personas mayores, pero si es deber de los actores que trabajan con este grupo de colectivos reforzar y promocionar estas fortalezas y potencialidades, es en este punto donde se podría trabajar con la resiliencia, examinando las potencialidades de este colectivo para que estas mismas sean el motor de recuperación en los casos de enfermedad o en situaciones de dificultad en los ámbitos: familiares, económicos o sociales.

Las políticas de envejecimiento actual ignoran muchas de las cualidades, necesidades e intereses de las personas mayores en mantenerse activos y productivos, se hace necesario un cambio de perspectiva sobre todo en los estereotipos contra la visión reduccionista o negativa sobre la vejez.⁸

⁸ Rocío Fernández, *PsicoGerontología perspectivas europeas para un mundo que envejece*, Pirámide, Madrid, 2009, pp.276-292.

9. Como describe Antonovsky su teoría

La salutogénesis, por Antonovsky, fue el primer modelo y teoría que exploraba sistemáticamente la salud en términos de desarrollo hacia el extremo de la salud en el continuum bienestar enfermedad (Antonovsky 1979; Antonovsky 1987). Más tarde se relacionó con la promoción (Antonovsky 1996). En la actualidad existen otras teorías que siguen el camino salutogénico, por tanto podemos hablar de un paraguas salutogénico que incluye modelos y teorías que usan ésta aproximación.⁹

La salutogenia es considerada una forma efectiva a la promoción de la salud, pero es necesario que se implemente de forma extensiva, ya que se ha visto que las personas y sistemas que desarrollan capacidades salutogénicas tienen mejores resultados de salud de lo que pueden demostrar otras aproximaciones. La implementación de la salutogénesis requiere un cambio de mentalidad y una rigurosa integración de pensamiento acción, esta aproximación demanda tiempo para poner en orden las coordenadas para poder comenzar a reorientar la mente.

Hace más de treinta años Antonovsky se cuestionó ¿Qué crea la salud? Y esta pregunta desato una nueva orientación para la investigación de la salud.

¿Quién era Aarón Antonovsky?, fue un médico sociólogo que a finales de los años 70 introdujo un nuevo concepto llamado salutogénesis. Antonovsky nació en Estados Unidos en 1923 y sirvió en las tropas del Este del país durante la II Guerra Mundial. En 1960 emigró a Israel para trabajar en el Instituto Israelí para las Ciencias Sociales Aplicadas y en el Departamento de Medicina Social en la Universidad Hebrea de Jerusalén. En los años 70 comenzó a desarrollar el modelo salutogénico que, como se expone a continuación, influyó en el pensamiento de los médicos y

⁹ Véase en la ilustración 6: paraguas salutogénico.

científicos del comportamiento por su explicación de los factores que forman las bases de la salud humana.

En una de sus investigaciones empíricas más importantes, Antonovsky estudió a mujeres nacidas en Europa central entre 1914 y 1923. Este médico tenía un interés especial en la teoría del estrés, para ello llevo a cabo un estudio epidemiológico tradicional sobre los efectos de la menopausia en mujeres que habían estado sometidas a eventos extremadamente estresantes en sus vidas, algunas eran supervivientes del Holocausto. Tal y como se esperaba, el grupo de supervivientes de los campos de concentración exhibía significativamente más signos de enfermedad en comparación con las mujeres del grupo control. Sin embargo, hasta el 29% de las antiguas prisioneras alegaron tener una relativamente buena salud mental, a pesar de sus experiencias traumáticas.

Antonovsky sintió curiosidad sobre cómo era posible que personas que habían estado sometidas a condiciones tan extremas como el Holocausto fueran capaces de amar, llevar una vida ordinaria, establecer buenas relaciones sociales y tener hijos, familia y trabajo, sin llevar una esperada vida disfuncional, como la mayoría de ellas llevaba.

Antonovsky consideraba que aunque sólo hubiera sido una mujer la que no tuviera una vida disfuncional, también habría sido importante averiguar por qué; el autor de la teoría se preguntó cómo estas mujeres lograron mantenerse saludables a pesar de la extrema presión que se ejerció sobre ellas. Las mujeres fueron entrevistadas en profundidad. Sobre la base de un análisis cualitativo de los resultados, se comenzó a formar una nueva aproximación teórica para la salud, la salutogénesis, y dentro de esta su

concepto de sentido de coherencia. Además creó un instrumento para mediar este fenómeno; el cuestionario de orientación a la vida.¹⁰

En concreto, a partir de esta investigación, Antonovsky utilizó tres preguntas que fueron claves en la fundación de su teoría:

- ✚ ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales?
- ✚ ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades?
- ✚ ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?

Antonovsky utilizó estas tres preguntas como el punto central de partida para sus investigaciones en salud. Dentro del marco de estas investigaciones, estas preguntas también se consideraron importantes a la hora de entender la capacidad y voluntad de los expatriados para hacer frente a las presiones recibidas durante las diversas fases de la emigración. En este sentido, es importante reflexionar cómo el paradigma salutogénico y la salud pública posmoderna paradójicamente nacen en las cenizas de las víctimas del Holocausto. En definitiva, a partir de las investigaciones centradas en una nueva forma de observar las consecuencias que los horrores de la guerra tuvo en las personas, el modelo salutogénico comienza a surgir, basándose en las siguientes asunciones:

- ✚ El énfasis se hace sobre los orígenes de la salud y el bienestar
- ✚ La principal preocupación se centra en el mantenimiento y realce del bienestar
- ✚ La hipótesis de que los factores estresantes son intrínsecamente negativos es rechazada en favor de la posibilidad de que los factores

¹⁰ Bengt Linström y Mónica Eriksson, *Guía del autoestopista Salutogénico*, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoció de la salut, Girona, 2011, pp.17-18.

estresantes puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas, dependiendo de sus características y de la capacidad de las personas para resolverlos.

Antonovsky criticó el típico enfoque salud-enfermedad, basado en el modelo tradicional patogénico, en el que las condiciones de salud y enfermedad son por lo general mutuamente excluyentes. En su crítica hacia el tradicional enfoque occidental patogénico, Antonovsky propuso entender la salud como un continuo de salud-enfermedad. En este continuo identificó dos polos: el bienestar (salud) y el malestar (enfermedad). Según el autor, no es posible que un organismo vivo logre ninguno de los polos extremos del continuo, es decir, la salud perfecta o el estado completo de enfermedad. Por un lado, toda persona tiene alguna parte insalubre, a pesar de que pueda percibirse a sí misma como saludable.

Es precisamente en este continuo de salud-enfermedad donde Antonovsky encuentra puntos comunes con la Teoría General de Sistemas. Concretamente, Antonovsky considera que la salud no es un estado de equilibrio pasivo, sino más bien un proceso inestable, de autorregulación activa y dinámica. El principio básico de la existencia humana no es el equilibrio y la salud, sino el desequilibrio, la enfermedad y el sufrimiento. Es decir, la desorganización y la tendencia hacia la entropía está omnipresente en el organismo humano, como en cualquier otro sistema.

En sentido figurado, Antonovsky empleó el concepto de entropía (término prestado de la termodinámica) como una expresión de la tendencia ubicua de los organismos humanos a perder su estructura organizada, así como a la capacidad de reordenarse de nuevo. Aplicado al campo de la salud, esto significa que la salud debe ser constantemente re-creada y que, al mismo tiempo, la pérdida de la salud es un proceso natural y omnipresente, ya que el caos y el estrés, lejos de ser realidades objetivas, son experiencias

percibidas, surgidas de demandas internas y/o externas, que forman parte de las condiciones naturales de la vida.¹¹

Antonovsky mantuvo una reunión con personajes clave del movimiento de promoción de la salud para discutir sobre como la promoción de la salud podía sacar provecho de la aproximación salutogénica. Las conclusiones a las que se llegaron se publicaron después de su muerte, y por ende fue el último legado que dejó al movimiento de promoción de la salud en 1996.

La salutogénesis paso a formar parte en la promoción de la salud como aproximación teórica, ya que la promoción de la salud tenía dificultades para efectuar el estudio de la propia salud, ya que las investigaciones que se realizaban en salud pública y en promoción de la salud se centraban en la salud en relación con los riesgos y enfermedades a través de la comprensión de los determinantes de la mala salud, la carta de Ottawa venia a cambiar un poco la dirección, pero se ve que en principio se hizo caso omiso.

En definitiva se puede concluir, que al proseguir por el camino salutogénico las personas pueden vivir más años, también pueden ser más propensos a elegir comportamientos positivos de salud y en el caso de contraer enfermedades crónicas, se enfrentan mejor a ellas y afrontan mejor el estrés. Además perciben que tienen una mejor salud física y mental, así como también una buena calidad de vida.¹²

¹¹ Francisco Rivera, "Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud", Revista Española de Salud Pública, Volumen 85 N° 1 y 2 (2011), pp.130-131.

¹² Bengt Linström y Mónica Eriksson, *Guía del autoestopista Salutogénico*, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoció de la salut, Girona, 2011, pp.17-18.

10. Sentido de coherencia (SOC) y Recursos de Resistencia Generalizada (GRR)

Tal y como explican con detalle Lindstrom y Eriksson, los conceptos fundamentales que Antonovsky desarrolla con esta teoría son los Recursos Generales de Resistencia y el Sentido de Coherencia. Los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Los típicos Recursos Generales de Resistencia son: el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida. Si una persona tiene este tipo de recursos a su disposición o en su entorno inmediato tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. Estos recursos ayudan a las personas a construir experiencias coherentes en la vida. Sin embargo, más allá de poseerlos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, es decir, poseer lo que Antonovsky llamó Sentido de Coherencia (SOC) (*Sense of Coherence*), convirtiéndose dicho concepto en la clave de su teoría. De hecho, Antonovsky diseñó un cuestionario para medirlo.

Según el autor, el SOC estaría compuesto por tres componentes clave: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, por un lado la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; por otro, mostrarse capaz de manejarla y, finalmente, sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar. Una de las críticas que recibió el modelo estuvo relacionada con la no inclusión de un componente afectivo dentro de este paradigma integrador, estando sobrerrepresentado el aspecto racional o

cognitivo. Aunque Antonovsky fue consciente de este problema decidió no extender la teoría para incluir ese cuarto componente.

Un uso óptimo de los Recursos Generales de Resistencia da lugar a que las experiencias vitales se conviertan en promotoras de un nivel alto de SOC, una forma de percibir la vida y una capacidad para gestionar exitosamente el infinito número de complejos factores estresantes a los que hay que hacer frente a lo largo de la vida. Es decir, el SOC es la capacidad para percibir que se es capaz de manejar cualquier situación independientemente de lo que está sucediendo en la vida. Antonovsky define el SOC como una orientación global que expresa el grado en que uno tiene una omnipresente y duradera, aunque a la vez dinámica, sensación de confianza, en tres sentidos: (1) los estímulos derivados de los entornos internos y externos en el curso de la vida son estructurados, predecibles y explicables (son comprensibles); (2) los recursos están disponibles para satisfacer las demandas planteadas por los estímulos (son manejables), y (3) estas demandas son retos, dignos de invertirles esfuerzo y compromiso (son significativas)³. Lejos de las clásicas estrategias de afrontamiento, el SOC es flexible, no se construye en torno a un conjunto fijo de estrategias a dominar. Es decir, se trataría de un "sexto sentido" útil para la supervivencia, ya que genera habilidades que promueven la salud.¹³

11. Metáforas utilizadas por Antonovsky para explicar la teoría salutogénica

La creación de los hombres ciegos

Esta es una de las metáforas que utilizaba Antonovsky para explicar la salutogénesis; esta historia se basa en un hombre de 35 años, que en la

¹³ Francisco Rivera, "Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud", Revista Española de Salud Pública, Volumen 85 N° 1 y 2 (2011), pp.131-132.

mejor época de su vida se convierte en discapacitado visual. Desde ese momento a su alrededor recibe el trato de persona discapacitada y desorientada. La gente habla de él como el hombre ciego. Al principio le resultó difícil encontrar su camino en el mundo de los invidentes, pero aprendió a arreglárselas intentando y equivocándose, con la ayuda de familia, amigos y profesionales. Viéndose a sí mismo con otros ojos, todavía mantuvo la mayoría de sus capacidades y funciones. Antonovsky, concebía esta actitud como lo que debemos mirar lo que crea la salud más que las limitaciones y causas de la enfermedad. Al entender esta cuestión se obtiene diferentes respuestas y soluciones que permitan identificar recursos de la salud. En vez de convertirlo en el hombre ciego debería, en términos salutogénicos, ser definido de acuerdo con sus capacidades: “ahí está el hombre, el hábil ingeniero y gran gerente, un buen padre y buen marido. Es guapo, agradable y educado, pero tiene la dificultad de no distinguir objetos nítidamente porque carece de visión” es un enfoque distinto al que normalmente se recurre.

¿Cómo matar a un niño?

Es una historia escrita por Stig Dagerman, autor sueco que escribía prosa y poemas sobre diferentes temas y momentos de la vida (Dagerman 1952). Esta historia tiene su origen en verano. Una familia manda a su hijo a buscar azúcar a la casa del vecino para poder tomar café en el desayuno. Al cruzar la calle el niño es atropellado por un joven que conducía junto a su prometida y posteriormente muere. Con esta historia Antonovsky quería explicar que la vida nos puede sorprender en cualquier momento, hay cosas que no esperamos pero ocurren cuando menos pensamos, nunca podemos controlar la vida completamente. En cierto modo tenemos que vivir con lo impredecible. Para mantenernos sanos debemos preservar nuestra habilidad para confiar en la vida. La aproximación salutogénica nos invita a ser capaces de afrontar la incertidumbre y el caos a pesar de lo mucho que nos gustaría creer que estamos en absoluto control de nuestras vidas.

Como describe gráficamente Antonovsky su teoría

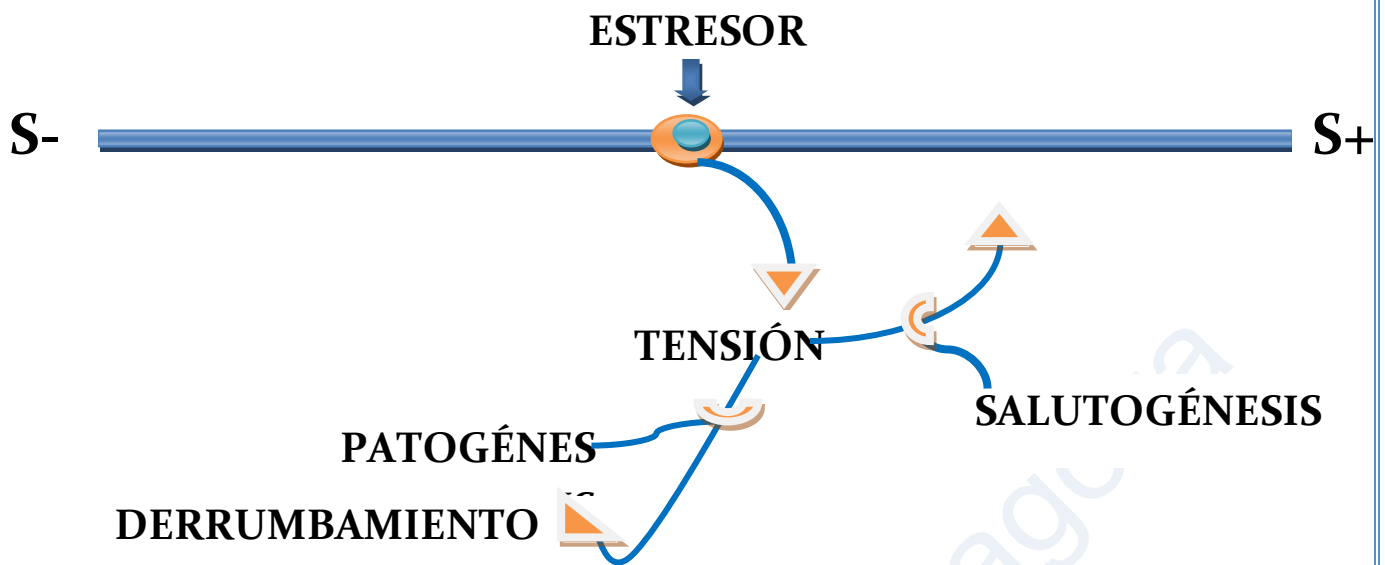


Ilustración 1. Descripción gráfica de la teoría de Antonovsky. Continuum de la salud "bienestar-enfermedad". Elaboración propia.

En principio el objetivo de su teoría era la teoría del estrés, y el estrés una parte natural de la vida. Así pues, los factores que pueden alterar nuestra posición se llamaron "estresores". Bajo la influencia de los estresores nos ponemos en tensión y después, o bien sucumbimos a estos estresores llevándonos a un derrumbamiento en la dirección patogénica, o superamos la presión y nos movemos hacia el extremo de la salud, es decir, hacia la dirección salutogénica. En la ilustración 1, se puede observar como Antonovsky pone énfasis en que la mayoría de las veces la investigación se había interesado en los mecanismos que había detrás del derrumbamiento (u orientación patogénica), mientras que su enfoque era sobre qué recursos, condiciones y factores pueden hacer que nos movamos en la dirección de la salud (orientación salutogénica).

En principio Antonovsky dibujó el continuum de salud, o como él lo denominó, el término completamente apropiado "continuum bienestar-enfermedad", como una línea horizontal entre la ausencia total de salud (S-) y la salud total (S+) y explicaba que todas las personas están

posicionadas en algún punto en esta línea. Diariamente las personas se encuentran con estresores que pueden alterar su posición y que los llevan a la tensión. Existen dos opciones, por un lado nos podemos ver superados por fuerzas patógenas y derrumbarnos, o recuperamos la salud por medio de la salutogénesis y nos movemos hacia el extremo S+. Conceptualmente la salutogénesis es la dirección hacia la S+. El efecto de la menopausia en las mujeres israelíes fue llevaba positivamente en un 29% de estas y negativamente en un 71%.

Medición de la salud en un Continuum

Definición del continuum de la salud Bienestar/enfermedad a través de un mapa de frases:

A. Dolor

Derrumbamiento es cualquier estado o condición del organismo humano que el individuo siente que es:

- | | | |
|---|---|----------|
| { <ul style="list-style-type: none"> 1. nada 2. levemente 3. moderadamente 4. severamente | } | Doloroso |
|---|---|----------|

B. Limitación funcional

El individuo siente (una)

- | | | |
|---|---|--|
| { <ul style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Leve 3. Moderada 4. severa | } | Limitación para el desempeño de actividades vitales que él define apropiadas |
|---|---|--|

C. Implicaciones del pronóstico

Esto se definiría por las autoridades profesionales sanitarias como condiciones

- 1. No crónicas o agudas
- 2. Leves, agudas o auto limitadoras
- 3. Leves, crónicas y estables
- 4. Serias, crónicas y estables
- 5. Serias, crónicas y degenerativas
- 6. Serias, agudas y amenazadoras para la vida

D. Implicación de la acción

Podría ser visto por tales autoridades como un requerimiento de

- 1. Ninguna acción particular relacionada con la salud
- 2. Esfuerzos para reducir factores de riesgo conocidos
- 3. Observación, supervisión o investigación por el sistema sanitario
- 4. Intervención activa terapéutica¹⁴

¹⁴ Bengt Linström y Mónica Eriksson, *Guía del autoestopista Salutogénico*, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoción de la salud, Girona, 2011, pp.19-22.

12. Desarrollo del modelo salutogénico: su influencia en la promoción de la salud

Desde la proclamación de la nueva concepción de salud, realizada en los albores de la constitución de la Organización Mundial de la Salud hasta la proclamación oficial de la Promoción de la Salud como objetivo de las políticas de salud pública, realizada en la Carta de Ottawa¹⁵, la atención se fue centrando cada vez más en el desarrollo y potenciación de los recursos de salud para la población. Los principales testigos de este cambio de perspectiva se pueden encontrar en el Informe Lalonde¹⁶, la Declaración de Alma-Ata, realizada en la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud¹⁷ o la estrategia "Salud para todos en el año 2000"¹⁸. El pilar fundamental de dicho proceso sería el respeto por los Derechos Humanos y la consideración de las personas como participantes activas de su bienestar. En este sentido, los profesionales y las personas se comprometerían mutuamente en un proceso de empoderamiento, de modo que el papel de los profesionales sería apoyar y ofrecer opciones que permitan a las personas tomar decisiones bien fundamentadas, siendo conscientes de los principales determinantes de la salud.

En la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en octubre de 1986 en Ottawa (Canadá), cuando la Promoción de la Salud fue definida oficialmente como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Ottawa: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública; 1986.

¹⁶ Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Information Canada; 1974.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. Ginebra: OMS; 1978.

¹⁸ World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Genova: World Health Organization; 1981.

En cuanto a la teoría salutogénica, a pesar de no figurar explícitamente en la Carta de Ottawa, ha influido indudablemente en el desarrollo de la Promoción de la Salud. El comienzo de esta influencia se puede decir que sucedió formalmente en 1992, en un seminario celebrado en la Oficina Regional de la OMS en Copenhague, en el que se discutieron las teorías subyacentes en Promoción de Salud. Antonovsky asistió a este taller y presentó su modelo salutogénico como una dirección para la Promoción de la Salud. Entre los acuerdos se concluyó que el enfoque en Promoción de la Salud debía realizarse sobre la salud y no sobre la enfermedad. La orientación salutogénica se presentaba como un paradigma realmente viable para la investigación y la práctica en Promoción de la Salud.

Lindstrom y Eriksson, conciben el modelo salutogénico como una buena base de fundamentación para la Promoción de la Salud, por tres razones: en primer lugar, porque el foco se coloca en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones; en segundo lugar, porque identifica Recursos Generales de Resistencia que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva; y, en tercer lugar, porque identifica un sentido o discernimiento global y omnipresente en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas, cuya capacidad se plasma en el SOC (comprensión, manejabilidad y significatividad de los acontecimientos vitales).¹⁹

13. La Carta de Ottawa: historia, valores y principios, y la relación con la salutogénesis

La promoción de la salud se desarrolla a través de un documento central, la Carta de Ottawa (CO), ésta se constituyó en la conferencia internacional de salud de la OMS en Ottawa en 1986 (OMS 1986^a). Para entender la CO se tiene que entender el contexto histórico de la salud pública moderna y de la promoción de la salud durante la II Guerra Mundial, y la fundación

¹⁹ Bengt Lindstrom, Mónica Eriksson, *Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development*, Health Promot Int. 2006; 21, pp. 238-244.

de las Naciones Unidas y la declaración de los Derechos Humanos desde la perspectiva de la salud. Entre 1948 Y 1977 la OMS ha pasado de una aproximación de atención sanitaria y sistema sanitario a una aproximación de población contextual de la salud. Se inicio y puso en marcha un gran cambio de perspectiva por el visionario director de la OMS Halfdan Mahler. Lo que estaba por llegar ya podría sentirse en los esfuerzos hacia la salud primaria y asistencia sanitaria primaria durante la Conferencia Alma Ata OMS/ UNICEF (OMS 1981).

Los primeros vestigios de promoción de la salud se vieron en la Estrategia Global de Salud para todos en el año 2000 (OMS 1981). La visión era reducir inequidades, formar un desarrollo sostenible, utilizar una aproximación interdisciplinaria e intersectorial, y no centrarse solamente en “añadir años a la vida” sino “vida a los años”. La segunda expresión es la primera noción del bienestar y la calidad de vida convirtiéndose en el resultado de las actividades saludables. La OMS preparó un documento de principios de promoción de la salud en 1984 (OMS 1986B). Sin embargo, la Carta de Ottawa de 1986 es un documento coherente que incluye una serie de cinco áreas de acción. El desarrollo del movimiento de promoción de la salud después de Ottawa se presenta en una serie de informes de la OMS (OMS 2009).



Ilustración 2. El núcleo de la carta de Ottawa, el individuo como sujeto activo y participativo

La figura 2 representa visualmente la carta de Ottawa. En el centro el ser humano, representando a la humanidad. En términos de la Declaración de los Derechos Humanos (DDHH) y el principio central de la Carta de Ottawa el empoderamiento, funcionamos como sujetos activos participativos en nuestras propias vidas. La espiral representa el proceso de aprendizaje de la salud a lo largo de toda la vida. A la izquierda los determinantes de salud (DS) que fueron decisivos en su nacimiento (tales como genética, condiciones socioeconómicas, familia y capital social, cultura y tradiciones...)

La Carta enuncia el amplio concepto de salud y promoción de la salud. Además, establece como requisitos indispensables (o factores determinantes) para la salud los siguientes elementos:

- ✚ Paz.
- ✚ Vivienda.
- ✚ Educación.
- ✚ Alimentos.
- ✚ Ingresos.
- ✚ Ecosistema estable.
- ✚ Recursos sostenibles.
- ✚ Justicia social y equidad.

La Carta también identifica cinco áreas de acción para la promoción de la salud:

- ✚ Desarrollo de una política pública saludable.
- ✚ Creación de entornos propicios.
- ✚ Fortalecimiento de la comunidad.
- ✚ Desarrollo de aptitudes personales.
- ✚ Reorientación de los servicios de salud.

A lo largo de la vida nos enfrentamos a eventos nuevos y ganamos experiencia vital (EV) que dan forma a la coherencia de nuestras vidas y a los recursos de nuestra habilidad de afrontar la vida. En la imagen la línea punteada apunta a un fenómeno (podría tratarse de un problema de salud) que necesita ser resuelto. Para resolverse se buscan los propios recursos individuales de la persona. Éstos también pueden encontrarse en el entorno o contexto de donde se pueden extraer recursos externos. El

objetivo principal de todo el proceso de salud es ser capaces de llevar una vida activa y productiva (VAP) en términos de la Carta de Ottawa. Esto bien podría llamarse buena vida o calidad de vida. Así, calidad de vida puede verse como el resultado implícito del proceso de salud. En el núcleo, la salud se ve como el proceso que permite a las personas desarrollar salud a través del control de los determinantes de la salud, y de este modo darnos la oportunidad de llevar una vida activa y productiva. El enfoque comunitario y las políticas dirigidas a sociedades saludables se convirtieron en el centro expandiendo así el enfoque de individuos y grupos al contexto de la vida.

Adaptando esta carta a lo que nos concierne, la salutogenia podríamos decir que, si convertimos estos razonamientos en términos salutogénicos, el proceso sería **comprender** que recursos para la salud (o determinantes de salud) están disponibles. Tener un objetivo **significativo** en la vida (buena calidad de vida) y la habilidad para utilizar nuestros recursos para la salud (**manejabilidad**). Estos son los tres componentes claves del sentido de coherencia, comprensibilidad (el componente cognitivo), significatividad (el componente motivacional) y manejabilidad (el componente del comportamiento).

El tema de la promoción de la salud puede ser abordado desde tres perspectivas:

1. Desde un punto de vista filosófico explorando teorías que mejoran la calidad de vida
2. Desde la aproximación biomédica o patogénica donde la salud se genera por medio de la eliminación de riesgos o enfermedades, es el paradigma dominante en la actualidad.
3. Desde el modelo salutogénico que se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud.

La promoción de la salud involucra a la población como un todo en el contexto de su vida diaria, más que centrarse en personas con riesgo para enfermedades específicas; se dirige hacia la acción sobre los determinantes o causas de salud; combina diversos, aunque complementarios, métodos y aproximaciones; se centra en la participación pública efectiva y concreta. Los elementos clave de la promoción de la salud son: la salud es vista como un proceso continuo a lo largo de la vida (es un proceso de larga duración y no un resultado); se centra en los determinantes de salud (medios o recursos para la salud); el proceso de permitir ganar control y utilizar los determinantes de salud para mejorar la salud (empoderamiento), y ser capaces de llevar una vida activa y productiva; es decir, disfrutar de una buena calidad de vida (OMS 2009).

14. La promoción de la salud: Interpretación salutogénica de la carta de Ottawa

	Salutogénesis	Carta de Ottawa
Preludio	El Holocausto	Declaración de los Derechos humanos de la ONU/ declaración de la salud de la OMS
Referencia temporal	1979, 1987	1986
Estado	Teoría, evidencia	Principios, ideología
Fundamento	Derechos humanos, es decir, sujetos activos participativos	Derechos humanos, es decir, sujetos activos participativos
Enfoque	Orientación global a la vida	Promoción de la salud
Salud como	Proceso de aprendizaje a lo largo de la vida	Un proceso
Concepto clave	Sentido de Coherencia (SOC) y Recursos de Resistencia Generalizada	Promoción de la salud
Recursos	Recursos de Resistencia generalizada (GRR)	Determinantes de la salud
Mecanismos clave	Habilidad para usar los GRR para el desarrollo de un SOC fuerte	Permitir el control sobre los determinantes de la salud (empoderamiento)
Elementos	Comprensibilidad, manejabilidad, significatividad	Determinantes de salud, entorno, proceso, vida activa y productiva
Aproximación	Contextual, sistemas	Entornos
Resultados	Percepción de buena salud, salud mental y calidad de vida	Una mejor salud, vida activa y productiva
Papel profesional	Sirve como recurso de resistencia generalizada	Facilitador, permitir a las personas
Concepción errónea	Sólo medir el SOC	Sólo una aproximación de riesgo centrándose en los comportamientos de la salud

Tabla 1. Algunos de los denominadores comunes y diferenciales de la salutogénesis y la Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

La Promoción de la Salud tiene grandes problemas en su intento de abarcarlo todo, además tiene escasa teoría. Al enfocarla por la perspectiva salutogénica la promoción de la salud se puede reducir a un núcleo fuerte de solo cuatro puntos que se tiene que fijar, para que ésta sea efectiva.

Puntos clave a la hora de entender la promoción de la salud:

- ✚ La promoción de la salud en base a la carta de Ottawa
- ✚ La salutogénesis como el proceso que lleva hacia la salud
- ✚ Calidad de vida como el resultado de todo el proceso
- ✚ Los Derechos Humanos son la base ética tanto para la promoción de la salud como la salutogénesis.

Carta de Ottawa (CO)	Salutogénesis (SAL)
Aproximación de proceso exhaustiva hacia "toda la CO y sus áreas de acción"	En términos salutogénicos aproximación de sistema coherente
En el centro de los Derechos Humanos	Desarrollo de un Sentido de Coherencia (SOC) basado en valores de promoción de la salud.
Se centra en los recursos para la salud (determinantes de salud)	Comprensibilidad, creando condiciones estructuradas y comprensibles
Empoderamiento como mecanismo clave para el proceso de promoción de la salud	Manejabilidad, con la habilidad para usar los recursos de resistencia generalizada (GRR) en el proceso salutogénico y en consecuencia desarrollando un fuerte sentido de coherencia
Se centra en el contexto, no sólo en los individuos	Significatividad, creando condiciones que dan significado y hacen que las tareas merezcan la energía y compromiso invertidos (fuerza conductora)
Resultado en términos de Calidad de vida, no sólo "salud"	Adopta una aproximación sistemática caracterizada por el pensamiento sostenible y medioambiente ecológico

Tabla 2. Comparación descriptiva de los elementos clave de la Carta de Ottawa y la salutogénesis

En definitiva, los elementos básicos del modelo salutogénico para la promoción de la salud son: recursos, significado, motivación y competencias de actuación.²⁰

²⁰ Bengt Linström y Mónica Eriksson, *Guía del autoestopista Salutogénico*, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Càtedra de promoció de la salut, Girona, 2011, pp.35-41.

15. Del río de la salud al río de la vida

Antonovsky hace uso de una metáfora (el río de la vida) para comparar el punto de vista patogénico con la perspectiva salutogénica. Usando el símil de un río embravecido, el enfoque patogénico considera que las corrientes de ese río representarían el estado de enfermedad, siendo el objetivo rescatar a las personas que se encuentran dentro de ese río, sin tener en cuenta cómo llegaron allí o por qué no son buenos nadadores. Sin embargo, desde una perspectiva de salud pública, habría que reconocer que a veces las personas voluntariamente se tiran al río o se niegan a aprender a nadar. En este sentido y desde una perspectiva salutogénica, Antonovsky prefiere entender que ese río representaría la vida en sí, es decir, un río que da lugar a arroyos con aguas tranquilas o bien a peligrosas corrientes y remolinos. Así, el autor se pregunta cuáles serán las condiciones que determinan que una persona tenga la habilidad de nadar bien, independientemente de la zona del río donde esté. Por lo tanto, el objetivo no se centraría en "salvar" a las personas, sino en conseguir que naden bien, para no ser arrastrados por dicha corriente.²¹

Las diferencias entre el modelo biomédico y la salud pública han sido descritas metafóricamente como un río. Los siguientes estadios se describen río arriba:

- I. Cura o tratamiento de enfermedades
- II. Protección de la salud/prevenición de las enfermedades
- III. Educación para la salud y, finalmente, encima de todo la promoción de la salud.

²¹ Francisco Rivera, "Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud", Revista Española de Salud Pública, Volumen 85 N° 1 y 2 (2011), p.133.

La promoción de la salud tiene una perspectiva diferente en relación a los recursos para la salud y la vida, no específicamente sobre los riesgos y enfermedades. Todas las aproximaciones finalmente tienden a mejorar la salud, pero desde perspectivas diferentes. Esta es una imagen clásica llamada, el río de la vida, donde “la diagonal de la corriente del río” se centra en los procesos donde la exposición al riesgo ya puede haber causado daños (cura, protección, prevención y a menudo educación para la salud).

El concepto de la salud en este paradigma se forma desde la comprensión de la enfermedad, afección y riesgo. Sin embargo en la aproximación de la promoción de la salud la atención se centra río arriba encontrando recursos, iniciando procesos no sólo para la salud, sino para el bienestar y calidad de vida. Esta imagen clásica explica las diferencias entre cuidado, protección prevención y educación para la salud, y se abre a la promoción de la salud. La salud en el río de la vida, es una forma sencilla de mostrar el escenario de acciones para la salud.

La aproximación salutogénica se centra en la dirección hacia la salud. El objetivo final de las actividades de promoción de la salud es facilitar prerrequisitos para una buena vida. La percepción de una buena vida es un determinante para la calidad de vida.²²

En la representación gráfica del río de la vida presentada por Eriksson y Lindstrom se muestra de manera clara el desarrollo de la medicina (de atención y tratamiento) y de la salud pública (prevención y promoción) Concretamente, el desarrollo lógico e histórico de la salud pública hacia la Promoción de la Salud presentaría las siguientes cuatro etapas.

²² Bengt Linström y Mónica Eriksson, *Guía del autoestopista Salutogénico*, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoció de la salut, Girona, 2011, pp.22-25

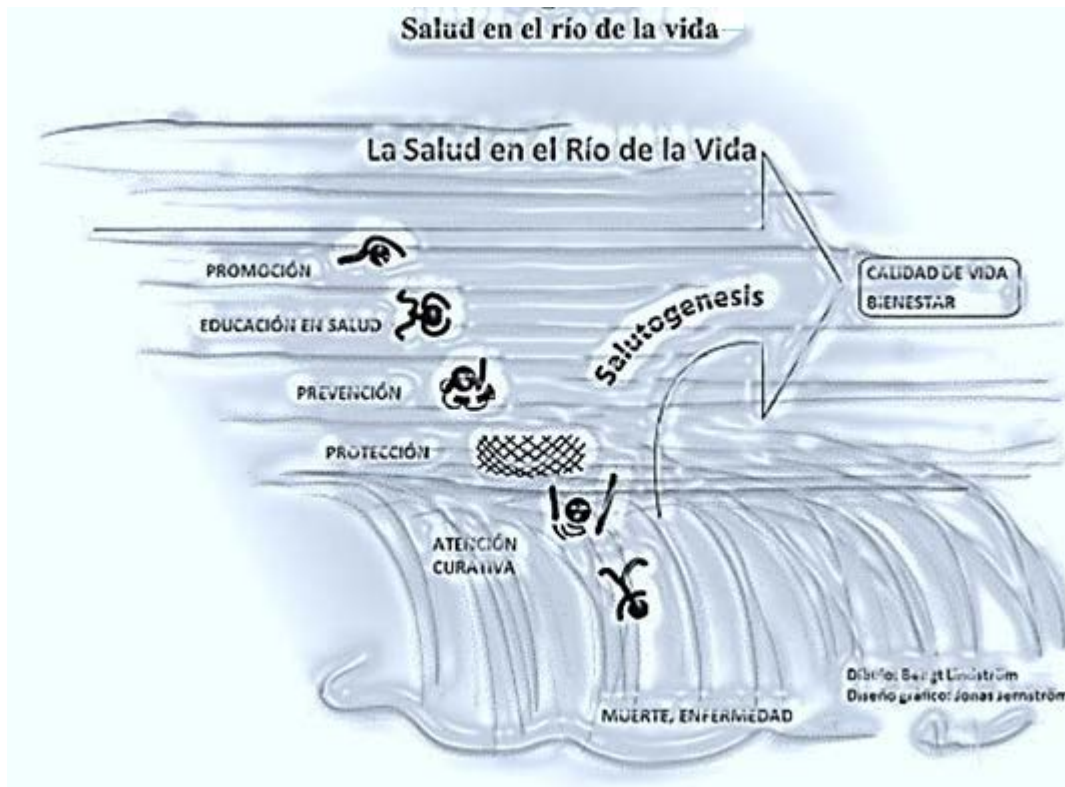


Ilustración 3. Representación gráfica de la salud en el río de la vida de Antonovsky

En primer lugar, la curación o tratamiento de enfermedades. Según el símil del río, la perspectiva curativa en salud significaría "salvar a la gente de ahogarse", utilizando caras herramientas tecnológicas y profesionales bien entrenados.

En segundo lugar la protección de la salud y prevención de enfermedades. Esta etapa se puede dividir en dos fases:

- 🚦 Protección: desde este enfoque, las intervenciones tendrían como objeto evitar los riesgos de caer enfermo, dirigiendo los esfuerzos a la población general, pero otorgándole un papel pasivo en el proceso. Según la metáfora, se trataría de colocar barreras al río para evitar que las personas caigan en él.
- 🚦 Prevención: en este caso se trataría de prevenir las enfermedades a partir de la intervención activa de las propias personas. Es decir, se

trata de administrar un chaleco salvavidas para evitar que las personas se ahoguen en el río.

En la tercera etapa coexistirían la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud. Por un lado, desde la Educación para la Salud, los profesionales tratarían de informar, a nivel individual o grupal, de los riesgos para su salud, proporcionando consejos sobre cómo deben vivir para mantener su salud y evitar los riesgos. Progresivamente, con el paso del tiempo, las personas van participando cada vez más en este proceso llegando a ser capaces de tomar sus propias decisiones contando con el apoyo de los profesionales. Volviendo a la metáfora del río, los esfuerzos estarían dirigidos a "enseñar a las personas a nadar".

Desde la Promoción de la Salud la responsabilidad de la acción se extendería más allá del sector salud, de modo que la salud se entendería como un derecho humano a conseguir a través de la coordinación de toda la sociedad. En este caso, el individuo se convierte en un sujeto responsable, activo y participante. La tarea de los profesionales sería apoyar y ofrecer opciones para que las personas puedan tomar decisiones bien fundamentadas. La educación sanitaria es aquí sustituida por el aprendizaje acerca de la salud, a partir de la reciprocidad de un diálogo en salud.

Por último, la cuarta etapa se caracterizaría por la mejora de la percepción de la salud, bienestar y calidad de vida. El objetivo último de las actividades de Promoción de la Salud es la creación o facilitación de las condiciones previas necesarias para el desarrollo de una vida saludable; es decir, la clave del proceso está en aprender a reflexionar sobre las opciones que existen en función de las situaciones que ocurren en la vida, sacando partido de aquellas que generan salud, las que mejoran la calidad de vida y las que desarrollan el SOC.

Volviendo a la metáfora desarrollada por Eriksson y Lindstrom, la corriente del río únicamente se entendería, según el modelo biomédico, por su fluir

hacia abajo, cuyo fin se encuentra en la cascada. Por tanto, desde esta perspectiva patogénica, únicamente se podría ayudar a las personas que ya tienen problemas para escapar por sí solos de esa corriente que les guía hacia la cascada. Sin embargo, para explicar el cambio de paradigma en el marco salutogénico, la metáfora del río es diferente. En este caso, se trataría del "río de la vida", donde la dirección principal en el fluir del agua ocurre horizontalmente, a pesar de que a lo largo de todo su recorrido existe permanentemente un salto vertical del agua, en forma de cascada. Al nacer, las personas caen en el río y flotan con la corriente. La dirección principal de la vida no es la muerte y la enfermedad, representada por la cascada.

Algunas personas nacen cerca del lado opuesto a la cascada, donde pueden flotar con facilidad, las oportunidades de la vida son buenas y tienen muchos recursos a su disposición, como es un estado de bienestar duradero. En cambio, otras personas nacen cerca de la cascada, en el malestar o enfermedad, donde la lucha por la supervivencia es más difícil y el riesgo de estar por encima del borde de la cascada es mucho mayor.

El río está lleno de riesgos, pero también de recursos. Sin embargo, el resultado de la travesía a través del río de la vida se basa principalmente en la capacidad para identificar y utilizar los recursos necesarios para mejorar las opciones de salud y, en definitiva, la calidad de vida.²³

Cuestionario de orientación a la vida-SOC

Originalmente Aarón Antonovsky desarrolló el Cuestionario de Orientación a la vida para medir el sentido de coherencia (SOC) que consistía en 29 ítems que median las dimensiones de la salud, ya comentadas (la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad). Más tarde introducía una versión abreviada, el SOC-13 (Antonovsky 1987). Estos dos cuestionarios son los originales. Sin embargo, la continua revisión de

²³ Francisco Rivera, "Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud", Revista Española de Salud Pública, Volumen 85 N° 1 y 2 (2011), p.133-135

los estudios del SOC muestra que también hay varias versiones modificadas del cuestionario. La mayoría de los estudios revisado han utilizado los cuestionarios originales, pero hasta el 2003 se han encontrado al menos 15 versiones modificadas del cuestionario, contando con entre 3 y 28 ítems (Eriksson y Lindström 2005). A partir de ese momento, se ha usado principalmente el cuestionario original, especialmente la versión abreviada. Sin embargo, se encuentran algunas versiones modificadas nuevas.

La estructura del SOC

La escala SOC está compuesta por un factor general (sentido de coherencia) con tres dimensiones, la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad, estando las tres estrechamente relacionadas e interactuando entre ellas. En resumen, la escala SOC es un instrumento unidimensional para medir la salud. Por otro lado, la investigación sobre la estructura de la escala ha mostrado que la escala parece ser un constructor multidimensional, más que un simple factor general con tres dimensiones (Feldt 2000; Feldt, Kokko et al. 2005; Feldt, Lintula et al. 2006; Feldt, Metsäpelto et al. 2007). Antonovsky hablaba de flexibilidad como dimensión perteneciente al componente de la manejabilidad del SOC. La confianza también está conectada al mismo componente.

Una nueva generación del cuestionario SOC

Actualmente se investiga el cuestionario SOC, al pertenecer a una nueva generación de cuestionarios que se están desarrollando utilizando la aproximación salutogénica para el desarrollo de nuevos ítems. Un primer ejemplo sería la Escala salutogénica de indicadores de la salud (Bringsen, Anderson et al. 2009). La escala consiste en 12 indicadores que cubren nueve dimensiones relacionadas con la salud, entre otras, estrés, enfermedad, función física, expresión y percepción de sentimientos, y capacidad social. Otro ejemplo de nuevas escalas es la Escala salutogénica de la promoción del Bienestar (Becker, Dolbier et al. 2008). Esta es una escala de 26 ítems que mide la presencia de factores promotores de la

salud tales como el compromiso en acciones promotoras de salud hasta factores físicos, intelectuales, sociales, emocionales, espirituales, vocacionales y del entorno. Los resultados preliminares muestran una validez y fiabilidad alentadoras de la escala, pero todavía se tiene que continuar evaluando empíricamente.

En tercer lugar, un instrumento de automedición que mide el proceso de construcción de significado entre pacientes que sufren cáncer, la Escala de coherencia china de Cáncer, es un instrumento basado en la teoría salutogénica (Cha, Ho et al. 2006). Este instrumento se puede ver como más contextual y situacional que la escala SOC Original, cuyo objetivo es medir la orientación global a la vida. Sin embargo, todas las nuevas escalas tienen que continuar evaluándose.²⁴

Actualmente se realizan estudios utilizando el cuestionario SOC en más países y culturas que nunca antes. Potencialmente dos tercios de la población mundial podrían estudiarse por medio de instrumentos SOC en su lengua nativa. A continuación se refleja en el siguiente mapa los países que utilizan este instrumento:

²⁴ Véase en anexos III: formato de cuestionario SOC aplicado a la tercera edad en España

más bien estable. Por tanto no resulta sorprendente que el (SOC) sea bastante estable y reasuma su estabilidad después del estrés en comparación con otros fenómenos a corto plazo.

Una forma de ver el desarrollo del SOC a lo largo del tiempo es explorar los resultados de los estudios utilizando escalas SOC originales sobre muestras de población diferentes (sana) general de diferentes grupos de edad (edad media). Lo óptimo sería seguir a la misma población en el transcurso de la vida, pero no se dispone de tales estudios. En consecuencia tenemos que confiar en otras técnicas y comparaciones.

Período de seguimiento años	Cuestionario SOC	Muestra	Puntos de crecimiento/decrecimiento	Autores
1,5	SOC-29	Adultos mayores no diabéticos	0.3	(Zhag, Vitaliano et al. 2001)
2	SOC-13	Estudiantes	0.2	(Virtanen y Koivisto 2001)
3	SOC-13	Adolescentes	0.1	(Honkinen, Suominen, et al. 2008)
3	SOC-6	Empleados municipales y diseñadores técnicos	0.1	(Kivimäki, Feldt et al. 2000)
3	SOC-28	Estudiantes	14.2	(Kuppeomäki y Utriainen 2003)
4	SOC-13	Población Canadiense general	3.0	(Richardson, Ratner et al. 2007)
4	SOC-16	Finlandeses	+ -	(Suominen, Helenius et al. 2001)
5	SOC-13	Empleados Finlandeses	1.4	(Liukkonen, Virtanen et al. 2009)
5	SOC-13	Finlandeses	1.6	(Volanen, Suominen et al. 2007)
5	SOC-13	Diseñadores físicos finlandeses	4.7	(Fedt, Leskinen et al. 2003)
5	SOC-13	Suecos	-2.0	(Nilsson, Axelsson et al. 2001)
10	SOC-13	Finlandeses	2.7	(Kalimo, Pahkim et al. 2002)
10	SOC-13	Suecos	-3.0	(Hendrikx, Nilsson et al. 2008)
13	SOC-13	Empleados Finlandeses	0.4	(Hakanen, Feldt et al. 2007)

Tabla 3. Estabilidad del SOC a lo largo del tiempo. Algunos resultados de estudios longitudinales 1992-2009 ²⁵

²⁵ Bengt Linström y Mónica Eriksson, *Guía del autoestopista Salutogénico*, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoción de la salud, Girona, 2011, PP.29-34.

16. Investigación y práctica de la salutogénesis en la actualidad: investigaciones, seminarios, etc.

La salutogénesis puede ser aplicada a nivel de sociedad, de grupo o a nivel individual. En las sociedades existen mecanismos para favorecer a las personas con mayor educación, mejor economía, mejor apoyo social e integración social. Esta élite tendrá mejores oportunidades que, pueden influir en su SOC estructural, el afrontar bien o mal no es una cuestión de libertad de elección individual, la clave está dentro de la sociedad y de las personas que se preocupan unas por otras.

Uno de los potenciales de la salutogenia es que ésta puede utilizada a nivel social para crear políticas de salud pública como base para la realización de políticas de salud para todos, esto quiere decir, que las aproximaciones políticas se utilizan para construir la coherencia necesaria para formar sociedades promotoras de salud basadas en la salutogénesis. El efecto social va más allá del sector de la salud afectando no solamente a los servicios de salud, sino a todos los demás sectores clave centrándose simplemente en los factores y estructuras necesarias para producir una dirección saludable, coherente y sostenible en la sociedad. Este proceso involucra fortalecer los recursos de resistencia generalizados, creando GRR nuevos y haciendo a los ciudadanos conscientes de ellos y capaces de identificarlos y utilizarlos.

Otra área en la que es importante profundizar en el futuro es el uso del SOC como indicador de un desarrollo de salud positivo. Esto todavía hay que llevarlo a cabo. Existe una pequeña paradoja y es que la salud sirve como recurso a nivel individual y es necesario que todas las sociedades desarrollen servicios de salud pública de alto estándar. La promoción de la salud podría ser el método para alcanzar este resultado, en el que la aproximación salutogénica se vea como un medio para llegar a ésta.

Aplicación práctica de la salutogenia

El modelo salutogénico ha sido aplicado en la intervención y tratamiento de grupos e individuos en terapias de familia, en tratamientos de jóvenes con desorden de conducta, en terapias conversacionales de personas con problemas de salud mental, en terapias convencionales de mujeres que habían sufrido abusos sexuales durante la infancia, en intervenciones estructuradas de enfermería para mejorar la habilidad de afrontamiento de pacientes de cáncer, en programas educativos posteriores a intervenciones de cáncer de mama, en rehabilitación de salud mental, en discusiones éticas en lugares de trabajo para grupos interprofesionales, en formación de relaciones de grupo en lugares de trabajo, en la prevención del agotamiento entre enfermeras, en programas a corto plazo de intervención de grupos para pacientes hiper-sensitivos a la electricidad, en psicoeducación, en esquizofrenia y en supervisión sistemática clínica en enfermeras.

En países como Noruega la salutogenia es utilizada a través de los ítems del cuestionario SOC, como base para la discusión con jóvenes con problemas de salud mental. Solamente el enfoque en los recursos y potencialidades, le dieron la vuelta a la perspectiva y abrieron nuevas posibilidades para los pacientes.

Investigación salutogénica una cuestión global

La aproximación salutogénica ha recibido cada vez más atención. Solamente la búsqueda de artículos en inglés y en lenguas escandinavas en PubMed muestra claramente el creciente interés en la investigación.

Después de una búsqueda suplementaria en otras bases de datos, compendio de los servicios sociales, compendios sociológicos entre 2004 y 2010 se encontraron 800 artículos nuevos adicionales. Los artículos fueron

publicados en muchos artículos científicos representando a científicos de diferentes disciplinas y no sólo de ciencias de la salud²⁶

Retos y expansión del modelo salutogénico en la actualidad

A pesar de sus tres décadas de existencia, el modelo salutogénico y, sobre todo, el modelo empírico sustentado en el cuestionario SOC todavía deben hacer frente a una serie de retos.

Para empezar, en varios estudios psicométricos centrados en el SOC se demuestra que el instrumento propuesto por Antonovsky para medirlo tiene adecuados niveles de fiabilidad y validez. Sin embargo, es necesario advertir que el cuestionario SOC también ha recibido algunas críticas desde un punto de vista psicométrico, sobre todo por la posibilidad de que este instrumento pueda medir algún constructo más de los señalados en principio por el autor, no estando clara la estructura factorial.

En lo que respecta a la propuesta realizada por algunos expertos para utilizar el cuestionario SOC como un instrumento de screening, capaz de identificar a las personas que tienen riesgo de desarrollar un nivel bajo de SOC, es necesario advertir que estas nuevas posibilidades del SOC deben tomarse con cautela. Por un lado, todavía existen problemas para identificar la posición de un individuo en el continuum salud-enfermedad y, por otro lado, hay que tomar en consideración el riesgo que podría suponer el hecho de estigmatizar al grupo de personas que consigan bajas puntuaciones.

Actualmente, existe controversia en lo referente a la estabilidad del SOC a lo largo del ciclo vital. Antonovsky asumía que el SOC se desarrollaba hasta los 30 años y a partir de entonces sería relativamente resistente al cambio. Sin embargo, recientemente se están encontrando algunos resultados contradictorios a esa explicación. De hecho, Eriksson y

²⁶ Bengt Linström y Mónica Eriksson, *Guía del autoestopista Salutogénico*, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoción de la salud, Girona, 2011, pp.55-57.

Lindstrom consideran que el SOC sufre un cierto incremento con la edad durante toda la vida, siendo la estabilidad mayor para las personas con un fuerte SOC.

A pesar de que en sus inicios y a lo largo del siglo XX el modelo no atrajo la atención de la comunidad científica, en el presente la situación está cambiando. Desde 1992 a 2003 se han publicado más de 500 trabajos relacionados con este modelo en todo el mundo.

En definitiva, teniendo en cuenta estos aspectos, el modelo salutogénico debe seguir estudiándose ya que muchas de sus nociones aún necesitan aclararse, probarse y posicionarse con respecto a otros conceptos y teorías. Por ejemplo, muy recientemente, Lundman et al. han demostrado la existencia de un factor relacionado con la "fuerza interior", que se encuentra presente tanto en el modelo salutogénico como en otras teorías y conceptos afines, como son la resiliencia, la personalidad resistente, el sentido de la vida, la auto-trascendencia, las teorías de la base segura o las teorías del aprendizaje significativo.²⁷

En España, diferentes grupos de investigación han usado el cuestionario SOC, estudiando su relación con algunos de esos conceptos. El primer estudio publicado en España sobre el SOC data de 1997 y aborda la relación entre salud y una serie de variables de personalidad, como son el sentido de coherencia, la personalidad resistente y la autoestima.²⁸ Este trabajo se enfoca en el papel del sentido de coherencia como moderador de salud ante circunstancias estresantes, traduciendo y adaptando al español el cuestionario SOC en su versión de 29 ítems. Este trabajo ha tenido el mérito de informar acerca de las características psicométricas del SOC en población española por vez primera, ofreciendo indicadores

²⁷ Francisco Rivera, "Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud", Revista Española de Salud Pública, Volumen 85 N° 1 y 2 (2011), p.135.

²⁸ Bernardo Moreno, "Sentido de la coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud". Revista Psicología y Salud (1997), pp. 115-137.

psicométricos semejantes a los ofrecidos por adaptaciones a poblaciones normalizadas en otros países.

Dos años más tarde se publicó un nuevo trabajo, liderado también por el doctor Moreno-Jiménez, en el que utilizó la misma versión del cuestionario. En dicho artículo se aborda nuevamente el papel del SOC como mediador entre el estrés y la salud, pero en esta ocasión se centra en el proceso de burnout sufrido por una muestra de profesores de educación primaria²⁹. Los datos de fiabilidad para esta muestra de nuevo se encuentran entre los parámetros habituales para este cuestionario.

Tras estos dos artículos, no se volvió a divulgar en España datos sobre el sentido de coherencia hasta 2007, cuando se publicó un artículo sobre la validación transcultural del cuestionario SOC en su versión reducida (SOC-13) en una muestra de personas mayores de 70 años.³⁰ Este estudio se centró en el proceso de validación y propiedades psicométricas del cuestionario, ofreciéndose nuevamente datos óptimos en fiabilidad y nuevos aportes de validez convergente del SOC, con medidas autorreferidas de salud física, calidad de vida y depresión para la población anciana.

Por último, en 2008, un equipo de investigación de la Universidad de Oviedo abordó, en pacientes diagnosticados de fibromialgia, la relación entre la salud, por un lado, y las dimensiones de personalidad y el sentido de coherencia por otro.³¹ Entre otros resultados, se encontró un nivel más bajo de sentido de coherencia (con niveles inferiores en las dimensiones de comprensibilidad y significatividad) en los pacientes con fibromialgia en comparación con el grupo control, caracterizado por no presentar ninguna

²⁹ Bernardo Moreno, "Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida". Revista Psicopatología y Psicología Clínica número 4, (1999), pp. 163-80.

³⁰ Javier Virues, "Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLO-13) en ancianos mayores de 70 años", revista de Medicina Clínica, número 128, Barcelona, (2007), pp. 486-92.

³¹ José Besteiro, Serafín Lemos y José Muñiz, *Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico*, Int J Clin Health Psychol, 2008, pp. 411-27.

patología crónica. Sin embargo, en este caso, los autores no hacen referencia a si el cuestionario SOC utilizado proviene de una traducción anteriormente validada, por lo que se puede asumir que usaron su propia versión, aunque no ofrecieron datos psicométricos al respecto.

Para terminar, un potencial del modelo salutogénico es el relacionado con sus implicaciones prácticas. Es evidente que este modelo es un buen enfoque para ser aplicado en la construcción de políticas y programas de salud pública, así como en otras políticas también relacionadas con la salud. Es decir, es posible reorientar y revitalizar la Promoción de la Salud hacia modelos de acción basados en los activos para la Salud;³² no solo pensando en los servicios de salud, sino en la potenciación de los Recursos Generales de Resistencia para cada persona y comunidad. En este sentido, son destacables los trabajos de Kretzman y Mcknight sobre la utilización de los mapas de activos para la salud de la comunidad, es decir, el uso de las fortalezas que la comunidad tiene para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto.

Estas nuevas líneas en el modelo salutogénico se han plasmado en diferentes iniciativas de políticas de salud pública de alcance. Así, por ejemplo, en el marco de la Presidencia Española de la Unión Europea, centrada en la consecución de la equidad en salud³³, y dentro de su programa de seminarios, conferencias y congresos, se llevaron a cabo dos eventos para los que la filosofía del modelo salutogénico ha tenido especial relevancia.

³² Hernán M, "Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales", Revista Fundesfam, (2010); Disponible en: <http://www.fundesfam.org/REVISTAFUNDESFAM1/007revisiones.htm>

³³ Ministerio de Sanidad y Política Social. Hacia la Equidad en Salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010

Por un lado, desde el 28 al 30 de abril del 2010, se celebró en Sevilla el simposio *Health Assets for Young People's Wellbeing*, organizado por el equipo español del estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (de la Universidad de Sevilla), la Universidad de Hertfordshire (Reino Unido), la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España. El simposio reunió a expertos de todo el mundo en torno a los temas de la salutogénesis, la resiliencia y el capital social. En concreto, y en lo que respecta a la salutogénesis, se contó con la participación de Mónica Eriksson y Bengt Lindstrom, referentes actuales en el estudio de la salutogénesis, quienes trataron de centrar la aplicación del constructo a las poblaciones de adolescentes y jóvenes. El objetivo general de este simposio fue el de contribuir al avance de los enfoques basados en activos (y no sólo en carencias o déficits) para mejorar el bienestar de los jóvenes, poniendo de relieve la aportación que los investigadores, los responsables políticos y los profesionales pueden hacer en ese proceso. En definitiva, se trató de un simposio centrado en las implicaciones prácticas del modelo de activos propuesto, entre otros, por Antony Morgan y Erío Ziglio^{34,35} y que cuenta entre sus principios básicos con la teoría salutogénica de Antonovsky.

Por otro lado, centrado en una etapa posterior de la vida, el 28 y 29 de junio del 2010 tuvo lugar en Madrid la conferencia *Mental Health and Well-being in Older People -Making it Happen*, organizada conjuntamente por la Comisión Europea de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España. En ella los expertos apoyaron la idea de utilizar el enfoque salutogénico en las actividades y políticas de Promoción de la Salud para las personas mayores. En este sentido, en una revisión de literatura que cumple la función de documento base de la conferencia, los autores explicaron cómo el SOC ha sido útil para identificar los factores personales y ambientales que son potencialmente protectores de la salud

³⁴ Morgan A, Ziglio E, "Revitalising the evidence base for public health: An assets model", *Promotion & Education*, (2007), pp. 17-22.

³⁵ Morgan A, Davies M, Ziglio E, *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*, Springer, New York, 2010.

mental positiva en la vejez³⁶. Es decir, se profundizó en la relación entre el concepto de envejecimiento exitoso y la salutogénesis, así como la autoestima, la autoeficacia y el sentido de control sobre la vida. De igual manera, se propuso aplicar los principios salutogénicos dentro de la práctica profesional, teniendo en cuenta especialmente el ámbito de los cuidados paliativos y el trabajo con las familias de personas mayores recién fallecidas, así como el estrés y los conflictos en el entorno profesional.

En conclusión, estos dos eventos son un buen ejemplo de los esfuerzos que se están realizando actualmente en España para aplicar los principios salutogénicos a la investigación y a la práctica sanitaria. Además, merece la pena advertir que, curiosamente, los dos ejemplos que se han citado se corresponden con aplicaciones de la teoría salutogénica a dos etapas evolutivas bien diferentes (adolescencia y vejez), y que históricamente han sido objeto de estudio por sus deficiencias, riesgos y problemas. Este nuevo enfoque permite ahora analizarlas e intervenir sobre ellas desde la perspectiva del desarrollo positivo y de los activos con los que la persona y sus circunstancias cuentan. Quizá en breve podamos estar hablando de los resultados de la aplicación de este nuevo enfoque en salud pública, lo que habrá significado con toda seguridad entrar en un nivel de orden superior en la prevención de la enfermedad y en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

³⁶ . Billings J, Hashem F. Literature Review - Salutogenesis and the Promotion of Positive Mental Health in Older People. EU Thematic conference "Mental Health and Well-being in Older People - Making it Happen". Madrid: European Commission Directorate-General for Health and Consumers and the Spanish Ministry of Health and Social Affairs; 2009 [citado 4 de agosto 2010]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_salutogenesis.pdf.

17. El SOC aplicado con otras teorías, modelos o disciplinas en la tercera edad

Teoría del envejecimiento con éxito

El SOC más elevado en los grupos de población es el de la tercera edad. Estas personas desarrollan un SOC fuerte no solamente viven más, sino que tienen una tendencia a elegir comportamientos de vida positivos (menos tabaco, más actividad física y mejores hábitos alimenticios), afrontan el estrés y los eventos vitales negativos mejor, se enfrentan mejor si caen en una enfermedad aguda o crónica .³⁷

En 1987 B. Baltes planteó siete proposiciones de la psicología del desarrollo del ciclo vital. Las siete proposiciones que a continuación se describen , se basan en procesos generales de regulación a lo largo del ciclo vital, dada la menor capacidad de reserva y el incremento de las pérdidas, la selección, la optimización y la compensación son consideradas particularmente importantes para el envejecimiento con éxito. Es por ello se utiliza la teoría del SOC, pero esta no asigna un contenido o mecanismo específicos a los procesos reguladores del desarrollo que propone, sino que traza proceso de especificación de funcionamiento por medio de la adquisición, el refinamiento de recursos y habilidades, el mantenimiento del funcionamiento ante las pérdidas, y el declive por medio de la compensación.

La selección es la base para la adquisición de nuevos recursos, la optimización es la adquisición de recursos implicados en la consecución de niveles de funcionamiento más elevados. Dichos recursos van desde los medios personales internos como por ejemplo la inteligencia y externos como por ejemplo el apoyo social a las circunstancias socioculturales como el sistema de atención sociosanitaria. La compensación remita a la gestión

³⁷ Bengt Linström y Mónica Eriksson, *Guía del autoestopista Salutogénico*, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoción de la salud, Girona, 2011, pp.47 y 69

de las pérdidas, remplazándolas por medio de los recursos disponibles. Las manifestaciones conductuales, sin embargo, pueden variar mucho según los ámbitos, edad, las habilidades individuales y las preferencias, por ejemplo, en un estudio observacional llevado a cabo por Gignac, Cott Y Badley (2002), casi todos los mayores enfermos de osteoartritis participantes en el estudio muestran una conducta que refleja selección (limitando la actividad), optimización (practicando movimientos) o compensación (sirviéndose de una ayuda para caminar). Pero, al mismo tiempo, Gignaz et al. Observan una notable variabilidad interindividual en la manifestación de conductas SOC específicas, poniéndose de relieve la especificidad individual de la manifestación de la selección, la optimización y la compensación.

Estas proposiciones sirvieron como fundamento de una teoría del envejecimiento con éxito: la teoría de la selección, optimización y compensación (SOC):

1. Distinción entre envejecimiento normal, óptimo y patológico. El concepto de envejecimiento óptimo implica entornos favorables a la edad que permitan un funcionamiento óptimo hasta bien entrada la vejez. El envejecimiento normal incluye procesos de desarrollo no debido a enfermedades como el Alzheimer. El envejecimiento patológico remite a trayectorias caracterizadas por la enfermedad y las dolencias.
2. El envejecimiento como un proceso heterogéneo: el envejecimiento no es un proceso general y uniforme, sino que se caracteriza por una gran variabilidad entre los individuos en lo que se refieren a magnitud, dirección y rapidez de cambio.
3. Capacidad de reserva latente: los resultados de los estudios de intervención muestran que las habilidades cognitivas en la vejez son hasta cierto punto maleables y pueden aumentarse por medio del

entrenamiento. Estos resultados implican una capacidad de reserva latente que, en circunstancias normales, no se usa.

4. Las pérdidas ligadas a la edad en los límites de la capacidad de reserva. Estudios en los que se entrena a adultos jóvenes y mayores hasta que han alcanzado su sintonía personal muestran que los adultos mayores se benefician del entrenamiento, pero no llegan a alcanzar en las pruebas los resultados de los adultos jóvenes después del entrenamiento.
5. Las pérdidas en inteligencia fluida ligadas a la edad pueden ser compensadas por la inteligencia cristalizada. Como muestra la investigación el campo del envejecimiento cognitivo, las diferentes trayectorias de la inteligencia fluida (aspectos mecánicos de la inteligencia) y cristalizada (aspectos basados en el conocimiento) ayudan a contrarrestar las pérdidas ligadas a la edad. Esto pone de relieve dos cosas; la primera es la importancia de la experiencia y el conocimiento en el proceso del envejecimiento, y la segunda la importancia de la compensación para el mantenimiento del funcionamiento.
6. El equilibrio entre ganancias y pérdidas se va haciendo cada vez más negativo a lo largo de la vejez. Mientras que la infancia se caracteriza por un rápido incremento en los niveles de funcionamiento y los recursos, a lo largo de la edad adulta, y particularmente en la vejez, van predominando cada vez más las pérdidas.
7. El yo conserva en la vejez su elasticidad. El mantenimiento de la autoestima, el control personal y el bienestar subjetivo en la vejez se basa en tres factores: a) una autodefinición rica permite flexibilidad y adaptabilidad ante el cambio; b) la adaptación de los objetivos personales a la merma de los recursos aumenta la probabilidad de alcanzarlos realmente, y c) la adaptación de los

modelos sociales de comparación al propio nivel de funcionamiento lleva a una autoevaluación positiva.

La teoría del SOC sostiene que el desarrollo de un conjunto y jerarquía de objetivos personales, así como el compromiso con ellos y la implicación en acciones y medios orientados a objetivos, contribuyen a alcanzar niveles más altos de funcionamiento. A fin de mantener un determinado nivel de funcionamiento frente a la pérdida y declive de los medios relevantes para los objetivos, las personas tienen que invertir en medios compensatorios, sustitutivos. El modelo SOC conceptualiza procesos que fomentan ganancias, pero también procesos que contrarrestan las pérdidas que inevitablemente ocurren en la vida.

El SOC está asociado con niveles superiores de indicadores subjetivos de desarrollo con éxito, como bienestar subjetivo, experiencia emocional subjetiva, soledad y satisfacción con el envejecimiento. Los adultos mayores que tienen objetivos claros en sus vidas, además de una jerarquía clara que dedican tiempo y esfuerzo para lograr estos objetivos, utilizan estrategias compensatorias para mantener el funcionamiento al encontrarse con pérdidas o disminución en los recursos muestran niveles superiores de éxito subjetivo en su desarrollo. Los adultos mayores, que son los que más experimentan pérdidas, seleccionan más a menudo, y están más motivados a perseguir objetivos, de compensación orientados a contrarrestar las pérdidas. Este cambio en el centro de interés de los objetivos puede ayudar a prevenir el declive en el funcionamiento frente a las pérdidas, contribuyendo así al mantenimiento del funcionamiento en la vejez.

La teoría SOC proporciona un marco para entender cómo se desenvuelven los mayores al realizar tareas múltiples. La selección remite aquí a una concentración del interés en objetivos vitales o esenciales de gran importancia funcional. El modelo SOC subraya la necesidad de dar

prioridad a tareas de mayor importancia inmediata cuando los recursos son limitados (Lindenberger, Marsiske y Baltes, 2000).

Calidad de vida y capacidad de recuperación

Afrontar el envejecimiento es una tarea de vital importancia en la tercera edad, se admite que en la ancianidad se producen déficits de recursos, concretamente, en la salud física y funcional, las redes de relaciones sociales y la capacidad cognitiva (Jopp y Smith 2006), lo que obliga a una adaptación constante y a una redefinición continua de la calidad de vida.

En una muestra de mayores y ancianos, Freud y Baltes (1998) observan una correlación negativa entre la edad y el uso de estrategias de optimización y el SOC. El efecto protector del SOC de cara a determinar un envejecimiento con éxito depende del nivel de recursos de que disponen los ancianos. Los ancianos que más aprovechan el SOC son los que tienen menos recursos, lo que muestra que las estrategias SOC sirven como amortiguador cuando los recursos son limitados (Jopp y Smith, 2006). No es la edad, sino la salud y los factores psicosociales los que afectan a la capacitación, en el adulto mayor puesto que durante esta edad tiene mayores dificultades en diversas actividades básicas de la vida diaria.³⁸

³⁸ Rocío Fernández, *PsicoGerontología perspectivas europeas para un mundo que envejece*, Pirámide, Madrid, 2009. pp.313-329

18. Conceptos relacionados con el SOC que contribuyen a explicar la salud



Ilustración 5. Paraguas salutogénico. Modificado según Eriksson y Lindström, 2010. Formato, elaboración propia.

Relación de la salutogenia con la resiliencia en el Trabajo Social

La salutogénesis es mucho más que la simple medida del Sentido de Coherencia, es un concepto mucho más amplio que se centra en recursos, competencias, habilidades, activos a diferentes niveles, el individual, el de grupo como las familias y también las sociedades. Véase la Ilustración 5 para observar algunas otras teorías que contribuyen a la explicación de la salud.

Existen similitudes y diferencias entre la teoría salutogénica y las teorías y conceptos de la ilustración 5. Todas las teorías mencionadas incluyen elementos y dimensiones salutogénicos. El enfoque central son los recursos para la salud calidad de vida. La OMS utiliza aproximación de activos, pero en este trabajo no nos centramos en la explicación de otras teorías sino en una indagación bibliográfica y empírica de la salutogénesis ;el objetivo es abarcar una teoría que tiene mucho que ver con la salutogénesis y que hace parte de los modelos utilizados en trabajo social, esta teoría es la resiliencia, en este apartado hablaremos de su importancia y sus diferencias y similitudes con la salutogenia.

La resiliencia

Es un concepto muy familiar en trabajo social relacionado con la capacidad de afrontar adversidades. En cuanto a similitudes y diferencias existen algunas ya que el punto de partida de ambas teorías es completamente diferente. Mientras que Antonovsky hace referencia a un resultado positivo independiente al estrés bajo ciertas condiciones, la investigación de la resiliencia comienza reconociendo el riesgo para un resultado negativo de la salud. Ambos conceptos están orientados al proceso (en un continuo), no parte de características personales. La teoría salutogénica describe recursos de resistencia generalizados, factores que crean prerequisites para el desarrollo del SOC. La investigación de la resiliencia sigue un razonamiento similar, pero los llama factores protectivos para un

resultado de salud positivo. Tanto el concepto SOC como el concepto resiliencia pueden ser aplicados a niveles diferentes, el individual, de grupo (familias o sociedades) la medición de los dos conceptos difiere. El SOC Puede ser medido por medio de una de las escalas originales (DOC-29, SOC-13) o algunas versiones modificadas en cuanto a que los ítems tienen los mismos nombres pero las alternativas de puntuación y el número de ítems incluidos difieren. Dependiendo de a qué nivel se esté estudiando la resiliencia es necesario usar escalas diversas con ítems diferentes.³⁹

19. Pro y contras del modelo salutogénico

Como punto de partida cabe decir que las objeciones críticas contribuyen al desarrollo de la teoría.

El concepto de SOC ha sido criticado desde un punto de vista psicométrico. Sin embargo, la estructura del concepto SOC todavía no queda completamente clara. Es necesaria más investigación para aclarar la estructura y sus diferentes dimensiones. El SOC parece tener un carácter multidimensional más que unidimensional. Pero se ve que no es necesario desarrollar versiones nuevas y diferentes en el presente, más bien es necesario tener menos y por el contrario centrarse en la estandarización de los instrumentos. En cambio sería más apropiado introducir métodos cualitativos para el análisis.

Las posibles coincidencias con constructos similares a nivel individual pueden ser consideradas una debilidad de la teoría. A día de hoy existen muchos estudios que informan de resultados sobre la relación entre el SOC y constructos tales como el locus de control, fortaleza y depresión. Los descubrimientos muestran que hay similitudes y diferencias y hay

³⁹ Bengt Linström y Mónica Eriksson, *Guía del autoestopista Salutogénico*, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoció de la salut, Girona, 2011, pp.69-70

algunas funciones solapadas entre estos constructos por ejemplo, la salutogénesis no mide solamente la ausencia de la depresión, sino que añade algo diferente, la dimensión de la salud. La salutogénesis es más que la simple medida del SOC

Falta de evidencia y de estabilidad en el tiempo

La falta de evidencia de la estabilidad en el tiempo del SOC ha sido fuertemente criticada, puesto que Antonovsky asumía que el SOC estaba completamente desarrollado a la edad de 30 años y a partir de ahí era relativamente resistente a cambiar, se considera que pueden existir cambios temporales, fluctuaciones alrededor de una media. El SOC parece ser relativamente estable en el tiempo, al menos para personas con un SOC inicial fuerte, pero no tan estable como Antonovsky asumía. El SOC tiende a incrementarse con la edad durante el transcurso de toda la vida. La posibilidad de una fluctuación temporal se tiene que tener en cuenta. Si se llevan a cabo intervenciones a corto plazo los resultados pueden confundirse por tales fluctuaciones. Por tanto es importante recordar que estamos tratando con SOC, una orientación a la vida que debería ser más bien estable.

Débil relación entre el SOC y la salud física

Se considera que el cuestionario SOC original, tiene una débil relación entre la salud física en contraste con la salud mental, y por tanto se han desarrollado dos escalas nuevas. La débil correlación con la salud física no resulta sorprendente, ya que el SOC habla principalmente de la habilidad mental, social y espiritual de afrontar la vida. Viktor Frankl, fue víctima del Holocausto, dijo que no fue el más fuerte físicamente quien sobrevivió, sino las personas que supieron encontrar y mantener un significado en este infierno creado por hombres (Frankl 2004). Sin embargo no se debe subestimar la dimensión física, tampoco el propio Antonovsky lo hizo. El dolor y las habilidades/limitaciones funcionales, todas esenciales para la salud física, se definieron en el continuo bienestar-enfermedad (Antonovsky 1979). Más investigaciones tendrán que confirmar si esto es

empíricamente razonable. El origen de la teoría salutogénica sin embargo, sufre de condiciones de cómo afrontar el estrés y la tensión, incluyendo las emociones. Antonovsky nunca excluyó las emociones, ni positivas ni negativas, del concepto SOC. Las emociones, como el enojo, y la relación con el SOC se discutieron en su segundo libro de 1987.

20. Capítulos de desarrollo

El relativismo cultural entre España y Cuba, en cuanto al modelo salutogénico

El relativismo cultural entre España y Cuba, se basa en la premisa de que la diversidad se refiere, a los comportamientos propios de cada cultura, las reglas éticas que se aplican en Cuba son totalmente respetables, así como también las que se utilizan en España. Las diferencias entre ambas culturas son notables; los cubanos poseen una forma de ser, de hacer, de pensar, de hablar. Su ritmo, musicalidad y la mezcla sus razas venidas de todos los continentes, son expresiones de una cultura que ha ido perfilando su autenticidad en el sentido de independencia y soberanía plenas, de pensamiento propio y libertad en las ideas.⁴⁰ Las raíces de la cultura de cada pueblo, se encuentran profundamente arraigadas en su historia, tradiciones, idiosincrasia en su forma sui generis de percibir y transformar la sociedad en que vive.

Esa manera distintiva de cada sociedad de hacer, de expresarse, de sentir y de pensar, es lo que aporta su sello, su originalidad; en definitiva su identidad cultural. Lo cubano se describe en la psicología, los gustos y las normas de conducta que les atribuye la tradición: son extrovertidos, desenfadados, guaracheros. Por su parte la cultura española tiene sus

⁴⁰Silvia Martínez, *Revolución Cubana: hechos más que palabras*, editorial José Martí, La Habana, 2008, p.182

raíces en las influencias que los diferentes pueblos han dejado tras su paso por la península a lo largo de los siglos, los españoles tienen también unas tradiciones y una historia propia, su legado ha dejado huella en sus colonias, es por ello que a pesar de que Cuba es una colonia española, se ha reafirmado con una identidad cultural propia que le ha llevado a ser en la actualidad un país socialista que reconoce la huella española, pero que utiliza su optimismo y reafirma sus ideales, para poder sobrevivir a sus heridas abiertas con los EE UU.

La perspectiva cultural nos ayuda a entender porqué ciertas acciones son consideradas como buenas o malas por una cultura en particular, para esto debemos tomar como punto de partida el hecho de que Cuba es un país socialista que ha tenido que orientar la cimentación socialista a partir de sus propias raíces culturales e históricas, aprovechando la experiencia acumulada desde 1959, pese a que desapareció la comunidad de países socialistas de Europa oriental y el Estado multinacional soviético que marcó un cambio por la desaparición del equilibrio bipolar en el mundo.

El brusco cambio en la correlación de fuerzas en la arena internacional, la pérdida de la noche a la mañana de las relaciones mercantiles y económicas que significaban más del 85% de todo el comercio del país, y el recrudecimiento oportunista de la guerra económica de los Estados Unidos, contrajeron el tiempo y el espacio de la Revolución Cubana obligándola, primero, a una marcha forzada, de resistencia, y luego de lenta y trabajosa acumulación de fuerzas para volver a despegar.

Pese a la pobreza en que viven los Cubanos, estos se han reafirmado en su vocación martiana, aspecto cultural muy importante para ellos, ya que José Martí es un símbolo nacional que los insta a pasar de la pobreza a la honra, honra que se puede ver en la dignidad con la que viven la población mayor de la Habana Vieja que pese a sus calles derruidas, y las malas condiciones de sus viviendas, (presentan varias barreras arquitectónicas), proyectan otra perspectiva de vida y sacan una sonrisa y

unas ganas inquebrantables de seguir adelante, sin importar su edad ni sus limitaciones económicas. Por otra parte si se tiene en cuenta el monto de sus pensiones, que en su gran mayoría oscilan entre 10 y 15 euros al mes, una cantidad irrisoria para muchos países, esta situación hace que la población mayor sea optimista, esto se debe a que su nivel de vida es muy precario, prácticamente no alcanza para suplir las necesidades básicas. Es por ello que se puede pensar ¿cómo sobreviven los ancianos en la Habana?, para ello hay una respuesta, todo estriba en el hecho histórico de una revolución que transformó culturalmente a la sociedad cubana.

La obra de la revolución en el ámbito educacional y cultural, en el desarrollo de una nueva conciencia ciudadana capaz de comprender el significado histórico y social de su propia lucha, de identificarse con un nuevo modo de vida solidario y justo, con una nueva manera de hacer la política.⁴¹ Esta concepción cultural de la revolución se clarificaba muy especialmente en el sentimiento de pertenencia que tienen los abuelos en cuanto a ella, para ellos la revolución ha sido muy positiva, la defienden, además de que recuerdan a cada uno de sus héroes, como Camilo Cienfuegos, Che Guevara etc.

En los pasillos del centro de día Nuestra Señora de Belén siempre se escucha reseñas y halagos a estos héroes. Los abuelos ostentan con orgullo esta parte de su historia, para ello los días miércoles realizan una reflexión cultural, la cual la hace un historiador perteneciente al centro que conmemora algún hecho o habla sobre algún personaje, aparte de esto también se recitan poesías que afloran sentimientos muy fuertes en los abuelos, muchos de ellos lloran y otros declaman las poesías con gran pasión; toda esta identidad cultural se desenvuelve dentro del programa sociocultural del centro en el cual se aplica la teoría salutogénica; todas estas actividades potencian los recursos de resistencia generalizada como

⁴¹ Silvia Martínez, *Revolución Cubana: hechos más que palabras*, editorial José Martí, La Habana, 2008, p.10.

el tiempo libre, el capital cultural, las tradiciones, creencias y visión de la vida.

La nación Cubana se empina con la principal riqueza que ella misma ha ido construyendo desde el triunfo de la revolución: su desarrollo humano, es por ello que muestra un crecimiento económico sostenido sin detrimento de sus conquistas sociales: salud, educación, seguridad y asistencia sociales, cultural general, empleo seguro, realización integral de la mujer, protección social amplia a la niñez, a las personas de la tercera edad, a los discapacitados y a cualquier persona o familia en condiciones vulnerables; y asegura a todos por igual un sistema de participación en la vida política, social y económica sin discriminación de ninguna índole.⁴²

La política social en Cuba tiene como principales objetos elevar la calidad de vida y lograr una sociedad progresivamente más justa y solidaria, en cuanto a la tercera edad sus prioridades son: asegurar el acceso de la población a una alimentación básica, asegurar el derecho ciudadano a la salud, un ingreso adecuado para quienes se jubilan, vivienda confortable, en preferencia de propiedad individual. La asistencia social protege a los ancianos sin recursos ni amparo, a cualquier persona no apta para trabajar que carezca de familiares en condiciones de prestarle ayuda, u otros que así lo requieran.

Los servicios sociales se configuran a través de programas y acciones de protección social, dirigidos a mejorar la calidad de vida y la integración social de las personas que lo requieran. Los trabajadores sociales participan en la aplicación de los programas sociales que el Estado desarrolla, y contribuyen en la prevención, detección, orientación y solución de las causas de los problemas sociales. La asistencia social a su vez, ofrece prestaciones en servicios, en especie, o monetarias. Para la tercera edad las prestaciones en servicios son: el ingreso en hogares de ancianos, la asistencia cultural y recreativa a los ancianos y pensionados

⁴² Silvia Martínez, *Revolución Cubana: hechos más que palabras*, editorial José Martí, La Habana, 2008, pp 9-12.

por invalidez o por edad. Los servicios sociales comunitarios al adulto mayor para mantener al anciano junto a su familia y en la comunidad. Brinda prestaciones sobre todo en especie, como: alimentación, limpieza del hogar, lavado de la ropa y reparación de viviendas⁴³

Pasando a otro punto, es importante enmarcar por qué la aplicación de la salutogenia es tan importante para los habitantes de la Habana vieja. Esto se debe a que el envejecimiento de la población de la sociedad Cubana está en camino de convertirse en una sociedad envejecida. Hoy el 14,3% de los habitantes de la Isla tiene 60 años o más, cerca de 1,8 millones de personas (con una expectativa de vida de 77,79 años; 76 los hombres y 80,02 las mujeres), y para el 2020 la quinta parte de la población clasificara como adulto mayor. Cuba se perfila después de Uruguay, como el país con la población más envejecida de América Latina.

El envejecimiento de la población en Cuba, 1953-2020 (en %)

Indicadores	1953	1970	1981	2002	2006	2020
Tasa de natalidad	2,50	2,20	1,40	1,26	0,94	n.d.
Tasa de emigración	n.d.	-0,06	-0,15	-0,13	-0,26	n.d.
Tasa de crecimiento de la población	2,11	2,16	1,14	0,28	-0,04	-0,03
Población edad 60 y más	6,9	9,1	10,9	14,7	15,9	21,6
Población edad 55/60 y más (mujer/hombre)	n.d.	n.d.	n.d.	17,0	18,7	25,5*

Tabla 4 . Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía

A continuación se describe cómo funcionan los servicios para la tercera edad en España. Cabe destacar que España al tener un Estado de Bienestar Social, posee unos pilares y entre ellos está el sistema sanitario y los servicios sociales, que sin duda están mejor equiparados y más

⁴³ Ley Número 105 de la Seguridad Social Cubana, capítulo 1: Asistencia Social. Art 105 al 113.

desarrollados que en Cuba. Es importante mencionar que existe el Imsero (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) que ofrece diferentes servicios que se pueden dividir de la siguiente manera:

- ✚ **Servicio de Atención a Domicilio:** Además del Servicio de Atención a Domicilio (SAD) y del Servicio de Teleasistencia, en esta categoría se incluyen otros servicios de atención domiciliaria – servicio de comidas a domicilio y servicio de lavandería a domicilio –, así como prestaciones económicas –ayudas para adaptación de la vivienda, familias cuidadoras, ayudas técnicas y productos de apoyo, etc.
- ✚ **Servicios de Atención Diurna:** En esta categoría se engloban los hogares y clubes – que son recursos concebidos para el fomento de la participación social y la promoción de la vida saludable y activa, así como el fomento de la vida personal. También se analizan los centros de día para personas en situación de dependencia.
- ✚ **Servicios de Atención Residencial:** Aunque dentro de esta categoría se engloba un amplio abanico de servicios, en estos se incluye los centros residenciales y las viviendas para mayores.⁴⁴

Existen también otros servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, estos son:

- ✚ **Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal:** tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. Son servicios de promoción para la autonomía personal los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y

⁴⁴ Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España, diciembre de 2010 instituto de mayores y servicios sociales. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, pp 8-9.

adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de habilitación, los de terapia ocupacional así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad.

✚ **Servicio de Teleasistencia:** tiene por finalidad atender a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información y apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento y con el fin de favorecer la permanencia de los usuarios en su medio habitual. Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.

✚ **Servicio de Ayuda a domicilio:** lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función, y podrán ser los siguientes:

✚ Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.

✚ Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.

✚ **Servicio de Centro de Día y de Noche:** ofrece una atención integral durante el período diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

Ofrece la siguiente tipología de centros:

✚ Centro de Día para mayores.

✚ Centro de Día para menores de 65 años.

- ✚ Centro de Día de atención especializada.

- ✚ Centro de Noche.

- ✚ **Servicio de Atención Residencial:** ofrece una atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. Puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial sea la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

Pueden existir distintos tipos de centros residenciales:

- ✚ Residencia de personas mayores en situación de dependencia.

- ✚ Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

La prestación económica vinculada al servicio: se utiliza cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia.

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales: se reconocerá excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

La prestación económica de asistencia personal: tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que

facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

Prestaciones y Subvenciones

- ✚ Prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
- ✚ PNC de Invalidez
- ✚ PNC de Jubilación
- ✚ Solicitud de complemento para titulares de pensión no contributiva que residan en una vivienda alquilada
- ✚ Prestaciones Sociales y Económicas Lismi
- ✚ Ayudas a las personas afectadas por talidomida
- ✚ Subvenciones

Centros

- ✚ Centros de Referencia Estatal (CRE)
- ✚ Centros de Recuperación de Personas con Discapacidad Física (CRMF)
- ✚ Centros de Atención a Personas con Discapacidad Física (CAMF)
- ✚ Centros para Personas Mayores
- ✚ Centros para Personas con Discapacidad
- ✚ Centro de Intermediación Telefónica para personas sordas o con discapacidad auditiva y/o de fonación⁴⁵

La administración de los centros para mayores en España y Cuba es diferente, en España son: privados, públicos y concertados, en Cuba solo existen públicos. Debido a la relatividad cultural, es decir a las diferencias culturales, hábitos y costumbres, así como también a las diferencias en los servicios sociales ofertados a la tercera edad, se hace necesario explicar cómo funcionan en cada país los centros de día o residencias con sus

⁴⁵ Guía de prestaciones edición 2012, para Personas Mayores, Personas con Discapacidad Y Personas en situación de Dependencia. Recursos Estatales y Autonómicos; Imsero.

correspondientes servicios y actividades; tomando como punto de referencia el centro de día Nuestra Señora de Belén de la Habana y la residencia para la tercera edad Valles Altos 2, Zaragoza.

Programa sociocultural del centro de día nuestra señora de belén

El Centro de Día reúne un conjunto de individuos mutuamente integrados y con cierta estabilidad, conformando un grupo social en tanto sus miembros poseen conciencia de grupo, su actuación devela la existencia de éste y su acción se desarrolla en una estructura de grupo. Esa acción y actuación en una estructura de grupo posibilita la socialización como proceso de consolidación e interiorización de patrones de comportamiento o modelos culturales que el individuo asimila y convierte en sus propias reglas personales.

El Programa Sociocultural tiene como fundamento la esencia y características de la Comunidad expresada en su identidad cultural.

Componentes del programa sociocultural del convento de belén

Centro de día

En el centro de día participan más de 600 adultos mayores y en él se lleva a cabo un programa sociocultural de duración anual. Se realizan talleres de diversa índole como son los de medio ambiente, medicina natural y tradicional. Este centro proporciona la interrelación entre miembros de diferentes generaciones (coristas y trovadores), en áreas rehabilitadoras, que también son utilizadas por adultos de la comunidad.

Las actividades y talleres vigentes son:

- ✚ Actividades y festivales deportivos y recreativos.
- ✚ Conciertos, peñas, exposiciones, cine-debates, graduaciones corales, concursos y paseos en coche.
- ✚ Celebraciones de fechas conmemorativas y de recordación.
- ✚ Actividades Infantiles y con Discapacitados.

- ✚ Talleres de género, artesanía, teatro, tejido, títeres, música, literarios, valores, danzas, meditación antiestrés, energía y reflexión
- ✚ Encuentros y conferencias de salud

Talleres

En el Centro de día del convento Nuestra Señora de Belén se implementó una vía sobre la base de la Cultura no como arte sino como expresión de identidad cultural del modelo salutogénico de Antonovsky; recordemos que este modelo se basa en la teoría de que las personas manejan la tensión y son capaces de recuperarse, sobrevivir, adaptarse y superar las experiencias negativas y estresantes de la vida.

Belén es una iniciativa particular del concepto salutogénico. Los 16 talleres entre ellos naturaleza muerta, medicina tradicional, parche, tejido, mejoran indudablemente la calidad de vida de los adultos mayores y garantizan índices de salud, reduciendo el riesgo de enfermedades. La Salutogenia es una explicación a la capacidad de las personas a recuperarse después de haber atravesado situaciones de elevado riesgo. Este es un aspecto fundamental e innovador ya que se emplea este modelo sin descartar el patógeno; la razón de ser de la utilización de este modelo, no es otra que la de proporcionar bienestar y transformar socio- culturalmente al hombre, teniendo como prioridad la importancia de su cultura en su sentido más universal.

El modelo Salutogénico se enfoca en las capacidades que todo individuo, todo ser humano, posee internamente, aunque las desconozca. Nos propone ayudarlo a descubrirlas, a utilizarlas, a transitarlas y más aun a encontrar aquellos elementos de protección que su entorno, su exterior, su medio ambiente le ofrece.

De un modelo patógeno, que se centra en la enfermedad, se pasa a un modelo salutogénico, en el que lo importante es la manera de vivir. De una visión de curación o de simple ausencia de enfermedad, se pasa a una concepción de prevención. De la pasividad del sujeto de salud,

llegamos a la responsabilidad personal para mantener la salud, a un papel activo de cada uno. No se trata de curar sino, sobre todo, de cuidar, concediendo importancia a la información, decisión y autonomía de los individuos y a la calidad de sus hábitos de comportamiento. Está claro que la salud depende también de las acciones de las personas que deben velar por ella y por las de otros cuando sus acciones tengan influencia sobre el medio social y las conductas de otros individuos. Los años de trabajo e investigación avalan el indudable impacto que ha tenido en la salud física, psíquica y social de la Comunidad.

Reflexión en casa

Una de las actividades que se llevan a cabo en el convento de Belén son las reflexiones diarias, con el fin de mantener orientados a los adultos mayores en tiempo y espacio, así como promover el rescate de los valores humanos, la vocación y las tradiciones culturales.

Las reflexiones que se desarrollan precisan de la participación activa de los sujetos, para que exista una adecuada transmisión de información. En el centro de día se dictan reflexiones dirigidas a dar información y sugerencias para que las personas mayores puedan tomar medidas oportunas y así prevenir enfermedades e incrementar su calidad de vida; esta finalidad es la que hace que los contenidos de las reflexiones vayan dirigidos a adoptar comportamientos beneficiosos y a desarrollar medidas concretas, que sirvan en los momentos de alta vulnerabilidad.

La Reflexión en Casa permite la interacción entre los ancianos y los trabajadores, ya que da lugar a un clima en donde se puede compartir diversas opiniones, generando así una visión crítica y prepara a los grupos para atender diversos aspectos de la vida diaria de la institución. Por otro lado, también es una forma de asociar lo individual y lo colectivo, aquellos aspectos que posteriormente se debatirán en el Consejo de Dirección. Es un modelo práctico que sustituye los

actualmente obsoletos y poco flexibles, pero en donde existe un estricto cumplimiento de los acuerdos y objetivos de trabajo.

Farmacia

Es un servicio de apoyo vital para la atención a los enfermos, extendiendo sus servicios de lunes a viernes, las 24 horas; y toda la semana, en los casos de extrema gravedad. Con la Certificación del Centro Estatal para el Control de Medicamentos (CECMED) que avala las Buenas Prácticas y la Licencia para la distribución de medicamentos nacionales e importados a todo el país.

Fisioterapia y rehabilitación

Son servicios prestados a diferentes colectivos de la comunidad, principalmente se dirigen a adultos mayores y niños. Los siguientes son los servicios que se prestan:

- ✚ Servicio de coches especiales para niños con discapacidad física.
(servicio demandado a nivel nacional).
- ✚ Terapia a domicilio
- ✚ Shiatsu Do y cultura física
- ✚ Actividades terapéuticas: gimnasia física, electroterapia, ejercicios de relajación, mecanoterapia, gimnasio y ambulación.
- ✚ 15 talleres para la rehabilitación cognitiva
- ✚ Terapia ocupacional
- ✚ Arteterapia
- ✚ Talleres de creación: parche, tejido, artes plásticas, computación, talabartería, papier Marché
- ✚ Talleres de expresión: teatro, música y danza
- ✚ Estimulación de procesos psíquicos: memoria, atención y lenguaje.

Oftalmología y optometría

Este servicio es prestado, solo cuando lo requieran las personas mayores, cuando esto ocurre ellos reciben una atención oftalmológica

por especialistas del propio centro, posteriormente se dispensan gafas a las personas que los necesiten.

Grupo de atención

Recibe las solicitudes de la población, jerarquizando estas demandas según prioridades y posibilidades de cada caso: ancianos solos, enfermos y niños con discapacidades. Asimismo, se analiza integralmente cada caso, conociendo las condiciones reales del sujeto y buscando en su red de apoyo la forma de resolver o paliar estas necesidades y, contactando, demandando o canalizando la colaboración con otras unidades organizativas de la Oficina u otras instituciones, si ello fuera necesario para la atención del solicitante.

Residencias protegidas

Este servicio va dirigido a Adultos Mayores que viven, hasta ese momento, en condiciones precarias, a los cuales se presta apartamentos en buen grado de habitabilidad, seguros y con un sistema de cuidadoras pese a ser estos válidos por sí mismos. Además, los Adultos Mayores que residen en ellas, reciben atención facultativa y medicamentos, manutención alimenticia y otro tipo de ayudas específicas de cada individuo. Estas residencias cuentan con un Salón Polivalente en el que se desarrolla el programa Sociocultural de la sede.

Centro de evacuación

Permite, en caso de catástrofes naturales, brindar protección a las personas cuyas casas no ofrecen seguridad, así como también a aquellas que se encuentren encamadas, o a todo aquel que lo necesite.

Centro de alimentación

Garantiza un sustento alimenticio a los Adultos Mayores en sus actividades, talleres y estancias o visitas a la sede, así como a aquellos que por sus deficiencias físicas no puedan asistir a disponer del mismo.

La comunidad como parte imperante en la conformación de Belén

La comunidad es el grupo donde las relaciones sociales conllevan a la superación de los problemas cotidianos, donde surgen procesos de transformación generados a partir de sus propias contradicciones, con la utilización de creatividad e iniciativa. La Comunidad es protagonista de un modelo de transformación y de cambios, que la hace crecer cualitativamente a partir de sus propias contradicciones, convirtiéndolas en potencialidades para su desarrollo. Lo comunitario constituía el vehículo para que la participación, la cooperación y la implicación se conjugaran para felicitar proyectos de desarrollo.

Si esta afirmación es real y se investigan las necesidades, su identidad y se trasladan sus elementos componentes a otro espacio, entonces la Comunidad puede ser trasladada al Centro de Día.

A partir de este presupuesto podemos afirmar que el Centro de Día puede servir para el logro de Conciencia Crítica en los integrantes de la Comunidad, transformando las contradicciones y logrando el desarrollo social, incorporándolos a una vida social más activa desde el punto de vista sociocultural y humano.

Residencia de la tercera edad, valles altos 2 Zaragoza

Está ubicada en el barrio Arrabal, la residencia consta de 146 plazas para residentes válidos y asistidos, y ofrece también 40 plazas de estancias diurnas. Se ofrecen todo tipo de estancias, fijas, temporales, post-operatorios, descanso de cuidadores, fines de semana, puentes, etc.

La residencia está especializada en todo tipo de asistencia: deterioros cognitivos (Alzheimer, demencia senil), problemas de inmovilidad (hemiplejias, encamamientos), deprivaciones sensoriales (ceguera, sordera).

Servicios:

- ✚ Médico propio
- ✚ Servicio Enfermería.
- ✚ Servicio auxiliares de geriatría 24h.
- ✚ Servicio de Terapia ocupacional.
- ✚ Animación sociocultural.
- ✚ Gimnasia rehabilitadora
- ✚ Celebración cumpleaños y festividades más relevantes
- ✚ Visitas culturales
- ✚ Biblioteca.
- ✚ Cocina propia con dietas personalizadas
- ✚ Servicio de lavandería y planchado.
- ✚ Servicios religiosos.
- ✚ Servicio de peluquería y podología

Actividades y talleres

Todas las mañanas en la residencia se realizan una serie de actividades, como son los grupos de estimulación cognitiva y la gerontogimnasia y durante la tarde se realizan diversas actividades que varían a lo largo de la semana.

Taller de risoterapia

La risa, junto al buen humor, es un excelente ejercicio para el organismo y el espíritu, la risa hace ver desde un mejor punto de vista algunas situaciones conflictivas, alivia los síntomas de depresión y ansiedad, reconforta, y nos hace propensos a cambios emocionales positivos.

Taller de las emociones

Se pretende crear espacios de acompañamiento, diálogo y convivencia. Mediante charlas de una hora se han tratado temas como las emociones y el perdón, los altibajos emocionales o las heridas emocionales.

Grupos estimulación cognitiva

En estos grupos se trabajan aspectos tales como: la memoria, la orientación temporo-espacial y la realidad, el lenguaje, el cálculo, la socialización, comunicación, etc... Todo ello atendiendo a las necesidades individuales de los residentes y adaptando las actividades a la propia persona. Los principales objetivos de esta terapia son: mantener, rehabilitar o evitar el deterioro progresivo de las capacidades y habilidades cognitivas.

Gerontogimnasia

Diariamente se realiza una serie de ejercicios con el objetivo de mantener las funciones físicas principales. Se trabajan los distintos segmentos corporales comenzando por el cuello en sentido descendente y terminando con las extremidades inferiores, realizando cadenas con frecuencias de 10 repeticiones por ejercicio.

Manualidades

Un día a la semana se realizan trabajos manuales con la finalidad de desarrollar la creatividad, el trabajo en grupo, mantener y mejorar la motricidad fina, potenciar la autoestima y otros aspectos psicológicos a través de la ocupación. Los talleres ofertados son: cestería, creación de abalorios, pintura de figuras de escayola, cuadros de madera, pintura en tela (abanicos y pañuelos de seda), manejo de fieltro para diferentes usos como broches, confección de disfraces para diferentes festividades...

Espacio literario

Se realiza para trabajar la mente del anciano y alejarlo del estrés y de lo cotidiano, cada lectura tiene la capacidad de transportarlos a la calma deseada, de enseñarles y entretenerlos con los conocimientos que el autor quiere transmitir. Los principales beneficios que aporta este taller es que favorece la atención y la concentración, entrena la agilidad mental, aporta cultura general y contribuye a la relajación mental.

Existe una revista donde los abuelos hablan de su estancia en las residencia, escriben cuentos, poesías y recetas de cocina, además escriben remedios caseros para enfermedades típicas como catarros, congestión nasal, tos etc. También escriben notas sobre trucos de belleza para el pelo, las uñas quebradizas etc. En la revista también hablan de su ciudad, de su pueblo y de la profesión a la que se dedicaban. Además de todo esto, incluyen diferentes relatos, crucigramas, sopas de letras y otros pasatiempos.

Cineforum

En esta actividad se proyecta una película de su época con la finalidad de generar una mayor motivación y favorecer el recuerdo de sus experiencias vividas anteriormente. La película se proyecta en dos sesiones para así mejorar la concentración y atención de los residentes, y también para que retengan durante un tiempo el argumento de la película, trabajando así la memoria.

Psicomotricidad

Durante la actividad se llevan a cabo diferentes juegos y ejercicios trabajando aspectos tales como: equilibrio, coordinación, reflejos, reconocimiento de esquema corporal, lateralidad, trabajo cognitivo, cultura general y estimulación del movimiento global. Todo ello se realiza generando una dinámica y cooperación entre los integrantes del grupo.

Algunas de las actividades que se realizan son: juegos con globos, juegos por parejas o equipos, juegos con pelotas o aros, juego de bolas, lanzamiento de pesos, etc.

Tratamientos individuales

Atendiendo a las circunstancias personales de cada usuario se llevan a cabo diferentes programas de tratamiento, planteando los objetivos a alcanzar a medio/corto plazo o en algunos pacientes crónicos a largo plazo.

Buscando siempre la mayor independencia dentro de las posibilidades de cada residente se trabajan también las actividades básicas de la vida diaria tales como: el aseo, el arreglo personal, el vestido y la deambulaci3n, que en ciertos casos pueden verse afectadas ya sean por disfunciones f3sicas o por un deterioro cognitivo.

Charlas informativas sobre temas de salud y tercera edad

Con ellas se pretende favorecer las relaciones interpersonales, la cohesi3n y cooperaci3n del grupo as3 como la ocupaci3n del tiempo libre y el entretenimiento.

Otras actividades

Como actividades complementarias a las que se realizan diariamente en la Residencia, se han llevan a cabo otras como:

- ✚ Actividades asistidas con animales (perros).
- ✚ Musicoterapia.
- ✚ Danzaterapia.
- ✚ Yoga.
- ✚ Fiestas de cumplea3os
- ✚ Jornada de convivencia de abuelos-nietos
- ✚ Carnaval
- ✚ Aniversario de la residencia
- ✚ San Jorge: semana cultural
- ✚ Fiestas del pilar
- ✚ Halloween
- ✚ Navidad

Investigación evaluativa del programa sociocultural del centro de día Nuestra Señora de Belén, resultados y conclusiones con respecto al modelo salutogénico

Datos sociodemográficos

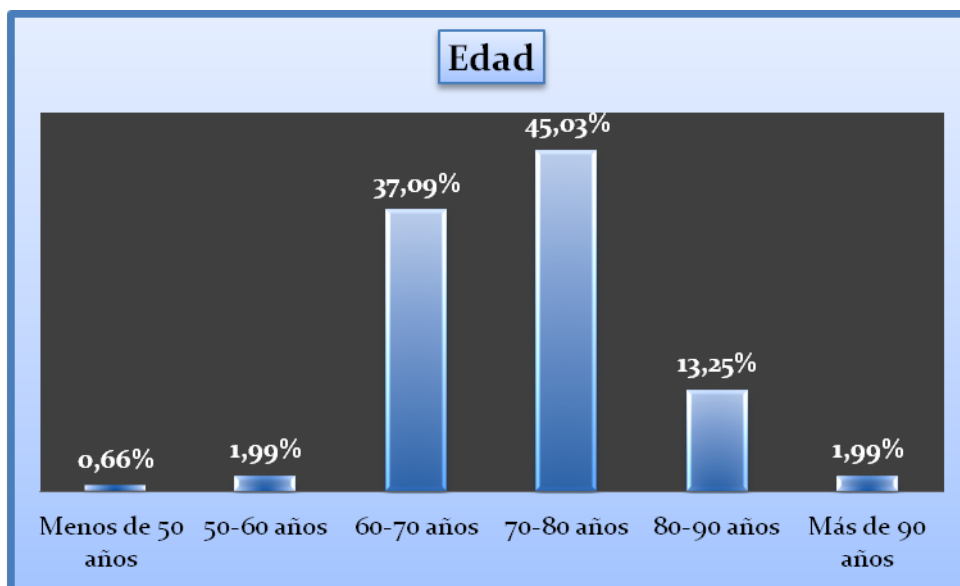


Gráfico 1. Edad

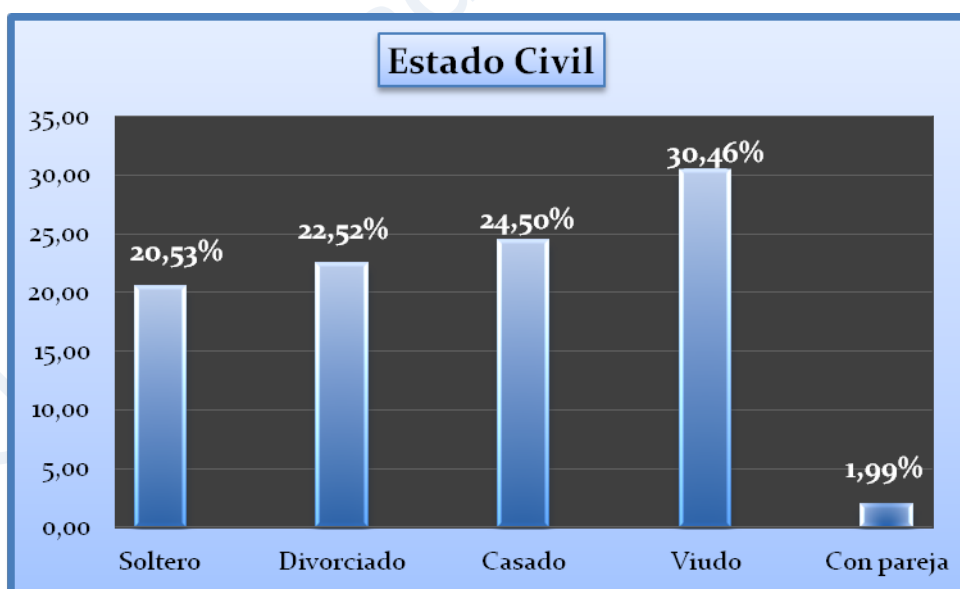


Gráfico 2. Estado Civil

Para contextualizar y conocer un poco la población estudiada, se incluyen dos gráficos sociodemográficos que describen las características de los asistentes al centro de día; la mayoría de Adultos Mayores que acuden a

Belén (45,03%), tienen una edad que oscila entre los 70 y 80 años, la media de edad del conjunto de la población es de 72 años. Según la OMS los adultos mayores que están comprendidos en esta edad son jóvenes, además también se puede observar como la población de edades comprendidas entre 60 a 70 años (37,09%) también es representativa, siendo menos numerosa los adultos mayores de 80 a 90 años (13,25%), que según la OMS son considerados muy viejos o ancianos frágiles. Este concepto de fragilidad viene delimitado por el estado en que la reserva fisiológica está disminuida, lo que conlleva un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad.

La mayoría de personas mayores que acuden al Convento de Nuestra Señora de Belén, son mayoritariamente del sexo femenino (88,08%). Ello se debe a que las mujeres son más comunicativas y se socializan más que los hombres en estas edades o a que para ellas el acudir a un Centro de día no conlleva el dejar de considerarse útiles por la falta de actividad remunerada, sino considerarlo como una opción en la que invertir su tiempo útil para servir a la comunidad y a ellas mismas en el aprendizaje o desempeño de distintas labores. En cuanto al Estado Civil de las personas mayores nos encontramos con que el grupo más numeroso son los viudos que acuden a Belén en búsqueda de contacto e interacción con otras personas, puesto que de lo contrario podrían recaer en cierto aislamiento social, debido a que en esta época de duelo siempre es mejor estar acompañado para afrontar con optimismo las situaciones estresantes de pérdida.

En segundo lugar, encontramos a los casados con un 24,50%, que acuden, en ocasiones, en pareja, o tan sólo uno de los dos miembros de la pareja, las mujeres en su papel de cuidadoras suelen venir a Belén en algunas ocasiones como medio de distracción, ya que están en sus

domicilios cuidando a sus maridos enfermos, aunque esto solo puede ser posible cuando algún otro miembro de la familia realiza el relevo.

Los adultos mayores del centro de día pese a su edad, consideran que tienen una buena calidad de vida, su vida tiene significado y procuran seguir los consejos que se les da en el centro para cuidar y mejorar su salud, es decir adoptan comportamientos positivos.

El centro de día utiliza los recursos generales de resistencia de la teoría salutogénica, para potenciar las habilidades y talentos de estas personas para que no se recluyan en su domicilio, sino para que en Belén encuentren redes de apoyo, ocupen su tiempo libre, así como también se les brinda acompañamiento psicológico.

Bienestar físico



Gráfico 3. Personas que padecen enfermedades

Enfermedades que padecen

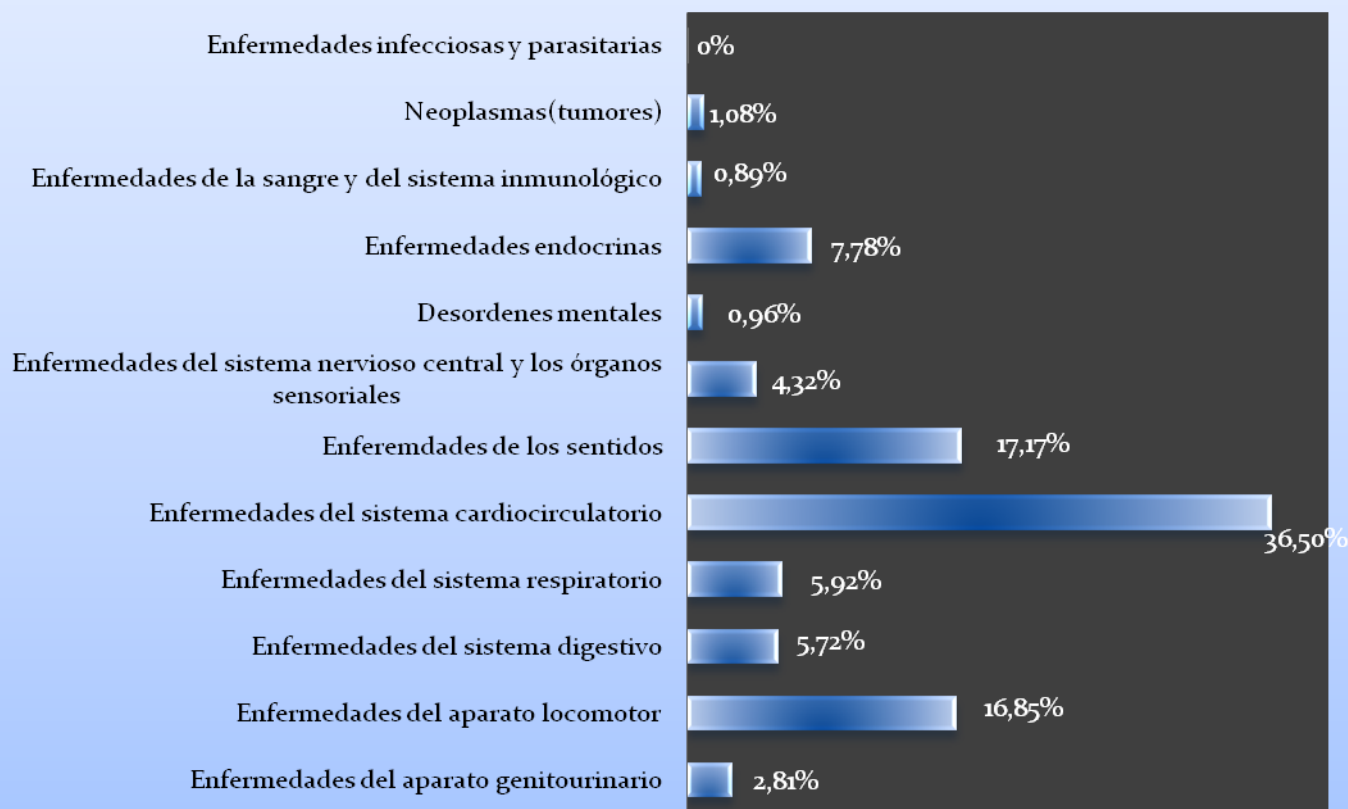


Gráfico 4. Enfermedades que padecen

Como suele suceder al tratarse de un colectivo de la Tercera Edad, el 90% de los Adultos de Belén padecen alguna o varias enfermedades, las cuales suelen ser permanentes, ya que una vez aparecidas les acompañarán el resto de vida y, leves, puesto que en su mayoría no implican un claro peligro de muerte. De entre los tipos de enfermedad, según clasificación internacional, encontramos que las del sistema cardiocirculatorio son las más comunes de padecimiento, como la hipertensión, sufrida por 89 personas de las entrevistadas; seguidas por aquellas que son causa de la problemática en los sentidos, entre las que destaca los problemas visuales sufridos por 60 personas; seguidas estas por aquellas que se engloban en el sistema locomotor, como es el caso de la artrosis con 36 personas, problemas de columna con 19 personas, artritis con 17 personas u osteoporosis con 5 personas; las enfermedades menos frecuentes, son las que se encuentran clasificadas como enfermedades endocrinas, en las que

destaca la diabetes cuya enfermedad sufren 30 personas o la tiroides padecida por 5 personas.

Aunque la gran mayoría de las personas que asisten al centro de día padecen enfermedades, se puede decir que es normal si ponemos en concordancia su edad y su etapa vital, pero lo importante es que estas personas demostraron tener un SOC alto, debido a que según las entrevistas han adoptado conductas saludables como practicar ejercicio físico y cambiar hábitos que perjudicaban su salud, mayor tolerancia al estrés y finalmente mayor capacidad para afrontar con éxito enfermedades agudas o crónicas; la capacidad para afrontar las enfermedades agudas se clarificaba durante las entrevistas, porque a pesar de que algunos tenían cáncer, buscaban actividades que le dieran sentido a su vida, para no pensar en su enfermedad, haciendo que el agente estresor se disipara para dar como resultado un afrontamiento positivo de la enfermedad y la concepción de ésta, como un suceso normal al cual hay que hacer frente; es por ello que ellos autopercebían una buena calidad de vida.



Gráfico 5. Porcentaje de personas que consumen medicamentos.

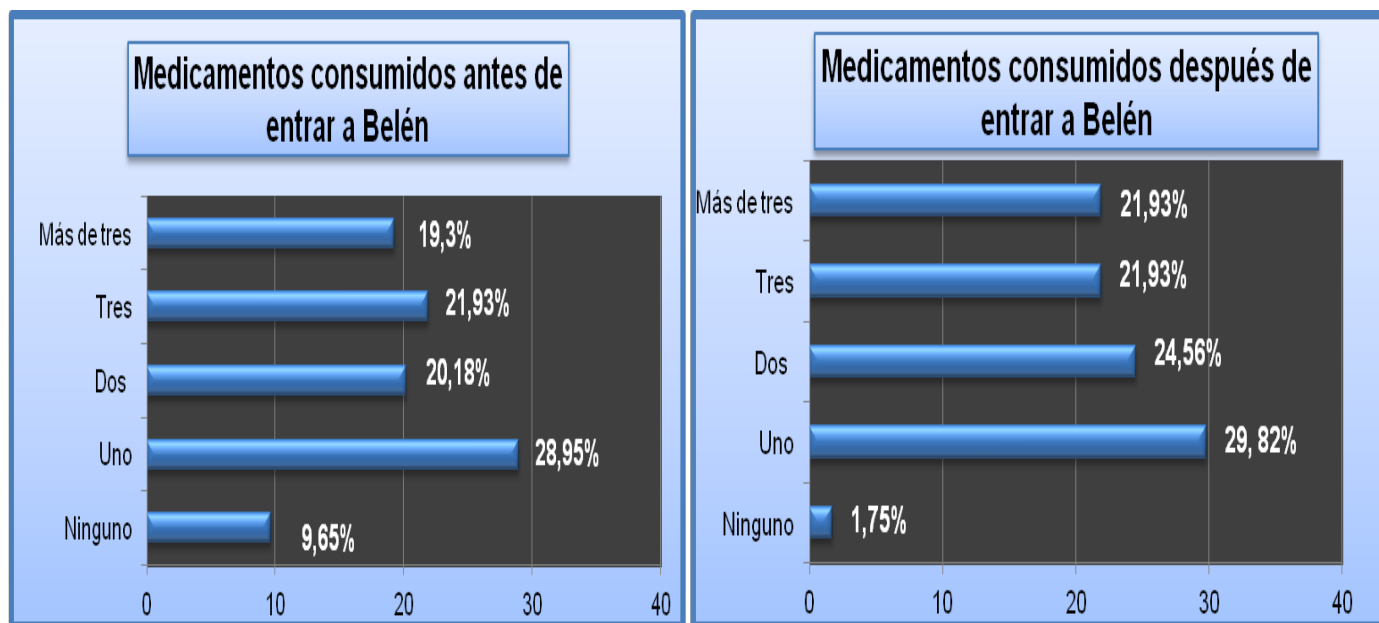


Gráfico 6. Medicamentos consumidos antes y después de entrar a Belén.

Pese a que tan sólo un 25% del total de la muestra entrevistada no utilice medicamentos, el uso de los mismos se ha visto incrementado en los últimos años –comparando el antes y el después de entrar a Belén– y se observa que aquellos que anteriormente no tomaban medicamentos, en la actualidad si los toman (disminución en el porcentaje de los que no toman ningún medicamento, comparando los que antes no tomaban y ahora toman y viceversa). Es necesario tener presente las características de la población entrevistada, Adultos Mayores que conforme al paso de edad pueden adquirir nuevas enfermedades que resientan su estado de salud, para considerar y comprender el aumento del uso de la Medicina Natural y Tradicional por los mismos. Para la totalidad de los Adultos Mayores que acuden a Belén, la Medicina Natural y Tradicional se ha convertido si no en una alternativa al medicamento, un complemento para el mantenimiento y cuidado de su salud. No sólo, las once personas que al ser entrevistadas han reafirmado su asistencia al taller de Medicina Natural, consideran estos conocimientos como algo novedoso y muy valorado para su salud. Muchos de estos adultos han sustituido medicamentos que se han dado cuenta a través de las reflexiones y charlas sobre la salud, que no son necesario consumirlos, algunos han dejado de automedicarse y ahora

consumen vitaminas o suplementos, lo que si consumen son los medicamentos recetados por su médico, para el tratamiento de alguna patología; por otro lado han cambiado hábitos compulsivos de consumir medicamentos sin ser recomendados por el médico y ahora siguen los consejos de la medicina natural y tradicional para mejorar algunas molestias, así como también aplican la reflexología.

Es por ello que este proceso de aprendizaje salutogénico ha sido el logro de los esfuerzos por parte de los profesionales por brindar a los abuelos nuevos métodos para cuidar su salud y prevenir enfermedades, esto también nace de la necesidad de suplir la inexistencia de muchos medicamentos que actualmente no se pueden conseguir dentro de la Isla. es por ello que esta insuficiencia de medicamentos a llevado a la utilización de otras alternativas , como es la medicina natural y tradicional que menos costosa y no crea hábitos en los pacientes lo cual confirma su utilidad para el tratamiento. Se puede afirmar entonces, que la utilización de este método ha arrojado resultados positivos debido a que los adultos mayores perciben una mejor calidad de vida y mayor bienestar.

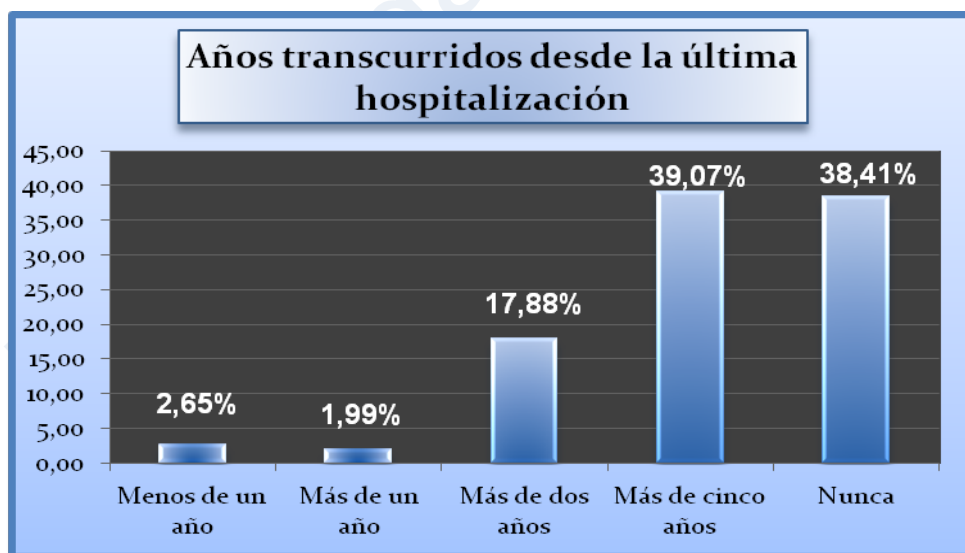


Gráfico 7. Años transcurridos desde la última hospitalización

Se puede afirmar que si bien los Adultos Mayores de Belén han estado siempre saludables, ya que un 38,41% nunca han sido hospitalizados para ningún tratamiento de enfermedad aguda u operación, desde que acuden

al Centro de Día su estado de salud se ha visto mejorado ya que pese a la aparición de nuevas enfermedades y la necesidad de trato de las mismas ya fuese mediante medicamentos o medicina natural, la mayoría, un 39,07% de los entrevistados, no ha tenido que someterse a ninguna hospitalización en los últimos cinco años o más, ya sea por la no aparición de episodios graves de detrimento de la salud o bien por la visión salutogénica de basar la salud de los seres humanos en el cuidado y tratamiento entre los mismos mediante el trato afectivo y solidario que se construye en la comunidad del Centro de Día, tratándose las enfermedades como una situación preventiva a tratar mediante las relaciones sociales de los Adultos Mayores, con una visión no médica, sino social de estas.

Bienestar mental

Estado anímico

Casi la totalidad de los Adultos Mayores de Belén declaran el sentirse alegres siempre y más aún cuando acuden al Centro de Día. Tan sólo ocho personas afirman sentirse desmotivadas o tristes, generalmente, sentimiento ocasionado por una reciente pérdida o una falta de autoestima o autorrealización que puede tener lugar en estas edades por motivo de la jubilación.

Actitud

Mientras hemos realizado las entrevistas a la muestra de población de los Adultos Mayores del Convento de Nuestra Señora de Belén, hemos observado que una gran mayoría, 142 personas, se mostraban receptivas y atentas en las preguntas que les íbamos realizando y nos contestaban con amabilidad e interés, mientras que tan sólo siete del total han dado muestra de síntomas de deterioro cognitivo o mental por lo que divagaban en algunas de las respuestas y dos han tenido una actitud cortante y defensiva, respondiendo con poco interés y con breves palabras.

Autoestima

La totalidad de los Adultos Mayores encuestados consideran que dan una buena imagen al resto de sus compañeros del Centro de Día, comentan que son amables, sociables y solidarios con todos aquellos que los rodean. Sin embargo, al valorar la imagen que tienen de sí mismos, mientras que la mayoría se analiza positivamente, sintiéndose útiles y realizados tanto en el Convento como fuera de él, dos personas afirman no sentirse útiles en ningún ámbito de su vida, lo que podría dar como resultado un déficit de autoestima bastante reseñable.

Bienestar social

Para la totalidad de Adultos Mayores de Belén entrevistados para esta investigación, el acudir al Centro de Día ha implicado el aumento y refuerzo de sus relaciones sociales, forjándose nuevas y estrechándose algunas ya existentes, bien fuera por cercanía en el vecindario o por pertenencia al mismo trabajo u otras coincidencias. Además, todos ellos afirman que las personas que como ellos acuden al Convento, conforman una fuente de apoyo en sus vidas, ya sea de forma más directa o indirecta, mediante conversaciones de ayuda mutua o simplemente interactuando en las actividades y talleres. Sin embargo, 28 de las 151 personas encuestadas, es decir, el 18,54% del total de la población, consideran que si tuvieran un problema no acudirían a su grupo del Centro de Día ni a las personas que en este se encuentran, para comentarlo y tratarlo, pues opinan que sus problemas han de quedarse dentro de casa y que, aunque cada uno con sus circunstancias, todos los Adultos Mayores tienen problemas similares en cuanto a su situación personal y con el entorno, ya que estos poseen características parecidas entre los miembros de la comunidad de Belén.

Bienestar ambiental

Gráfico 8. Condiciones de la vivienda

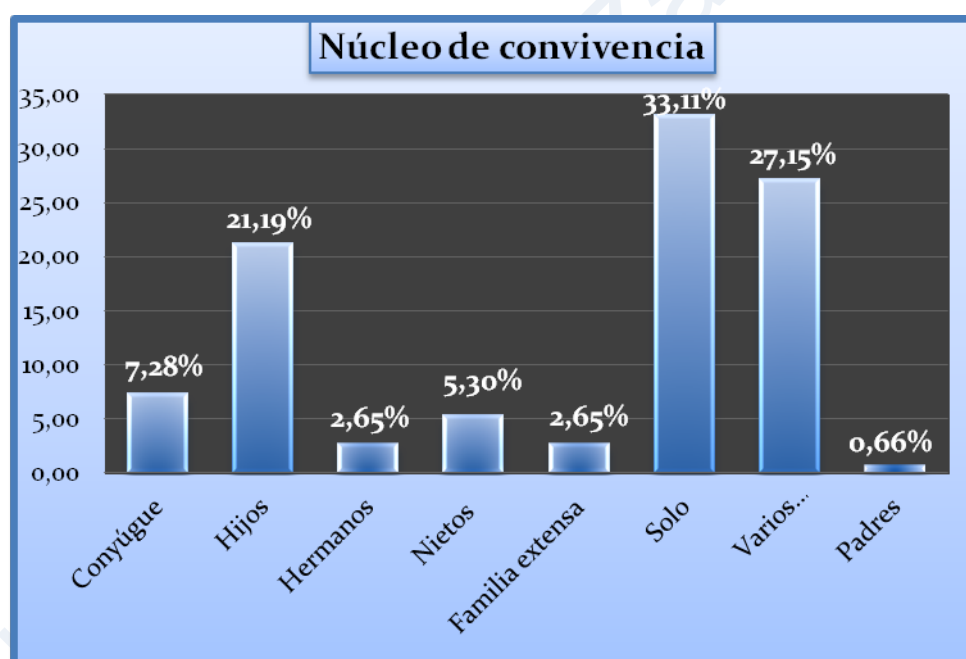


Gráfico 9. Núcleo de convivencia.

Un 40% de Adultos Mayores entrevistados, lleva viviendo en su casa entre 30 y 50 años, por lo que estas viviendas, teniendo en cuenta además la infraestructura de la barriada de La Habana Vieja cuyas viviendas son de los siglos XVIII y XIX, son antiguas y están consideradas como en malas condiciones de habitabilidad por sus propios inquilinos, un 60% así lo afirma. Generalmente, las problemáticas más comunes de estas viviendas

son el ser solares en mal estado, cuya accesibilidad se ve dificultada por desprendimientos o resquebrajamientos de las juntas del propio edificio o en los que hace mella la fuerte humedad asociada al clima de la ciudad.

Los Adultos Mayores entrevistados poseen distintos núcleos de convivencia, puesto que mientras el 33,11% vive sólo, el 27,15% lo hace con varios miembros de la familia, generalmente hijos y nietos o cónyuge y los anteriores, lo que suele ocasionar problemas de hacinamiento en estas viviendas. La gran mayoría de los abuelos (33,11%) vive solo, pero no en situación de aislamiento social, ya que todos los días se reúnen con sus redes en el centro de día y en caso de enfermedad son ellos los que se encargan de cuidarlos, llamarlos y ayudarles en lo que necesiten, existen grupos se encargan de estas labores.

Según la teoría salutogénica los individuos con SOC elevado tienen menor riesgo de percibir situaciones desfavorables como estresantes, lo que les protege de los efectos negativos del estrés sobre el estado de salud; a pesar que como anteriormente se describe, más de la mitad de la población percibe su vivienda como peligrosa, pero aun ante una situación estresante viven con optimismo e intentan arreglar lo que pueden de su vivienda y pasar más tiempo en un sitio seguro como es el Centro de Día.

Durante los tiempos de observación se pudo evidenciar, cómo a pesar de vivir una situación tan crítica, los abuelos no estaban deprimidos, ni estresados, al contrario buscaban alternativas para solucionar sus problemas como residencias protegidas o cambio de vivienda, pero en ningún caso se daban por vencidos; esta situación repercutía en que a pesar de que sus viviendas estuvieran en mal estado percibieran que su vida era comprensible, puesto que ellos eran conscientes de lo que sucede, era manejable, y buscaban recursos para solucionar el problema como pedir residencias protegidas, ayudas del estado, o en caso de urgencia recurrir a los servicios del Centro de Día, y sobre todo conciben

que la vida vale la pena a pesar de todo. Es por ello que a través de las entrevistas y la observación se comprobó que el constructo del sentido de coherencia era alto en los abuelos entrevistados y observados, porque hacían uso de la comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

También durante esta investigación, se pudo comprobar cómo los estudios de Jopp y Smith (2006) demostraron que el uso de estrategias SOC basadas en los efectos negativos de la limitación de los recursos, comparando los adultos mayores ricos y pobres en recursos reproduce resultados que indican que el SOC ejerce un efecto protector frente al declive de los recursos en la vejez. Esto lleva a que el anciano tenga un envejecimiento con éxito, si existen objetivos claros con un alto compromiso durante la vejez a pesar de la limitación cada vez mayor de los recursos, y así poder tener un envejecimiento con éxito.

En tiempos o situaciones de recursos limitados las personas mayores se centran en la tarea más importante y vital para el funcionamiento general y pueden hacer un uso eficaz de medios compensatorios. En Belén los ancianos no se sentían limitados por sus escasos recursos, sino que utilizaban los medios compensatorios que estaban a su alcance, por ejemplo hacían uso de vales para salir al cine, a cenar y a eventos culturales que les dispensaba el Centro, así como también ocupaban su tiempo libre en tareas que les hicieran sentir útiles, como el voluntariado, los talleres y las diferentes actividades. Todo ello hacía que percibieran como menos estresante su situación y a través del apoyo de los compañeros y profesionales del centro pudieran afrontar con optimismo los reveses de la vida. Por otra parte también tenían objetivos por los cuales seguir luchando y estos objetivos se creaban dentro del ambiente del centro de día, que brindaba a mas de 600 abuelos la oportunidad de sentirse útiles y de planificar metas a futuro, independiente de su situación económica, física o social.

Identidad cultural (Nivel cultural y educativo)

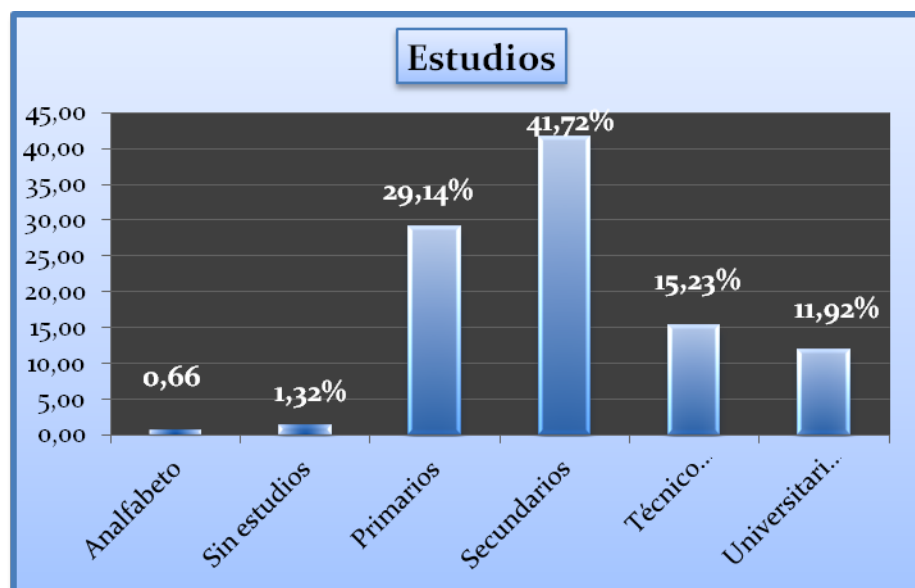


Gráfico 10. Estudios

El 41,72% de los Adultos Mayores entrevistados cursó estudios secundarios o preuniversitarios, seguidos de aquellos que finalizaron primaria, 29,14%, o aquellos que desempeñaron estudios de técnico medio o universitario, con un 15,23% y un 11,92% respectivamente. Además, cabe destacar que del total de entrevistados, tan sólo un Adulto Mayor no sabe leer ni escribir y dos no realizaron ninguna etapa de estudiante, casos que no suelen ser tan poco comunes en otros países atendiendo a las edades y las posibilidades de estudiar de estar personas en sus años de infancia y juventud.

El pueblo cubano se ha esforzado por preservar el derecho de ser más instruido, culto, saludable y esencialmente soberano e independiente, sin otra riqueza que su voluntad y el perseverante optimismo con unas convicciones muy arraigadas en cada cubano. La edad de jubilación en Cuba, más la elevada expectativa de vida (20 años después de la jubilación laboral), junto al alto nivel cultural de la población, propiciaron la promoción de formas de estudio que permitieran a estas personas

actualizar conocimientos y estar en consonancia con los tiempos que viven, elemento esencial para elevar la autoestima del adulto mayor.

Primero se estableció la cátedra del adulto mayor a instancias de la Universidad de La Habana y posteriormente la Universidad del adulto mayor, la cual no está concebida para completar un estudio determinado, pero asoma a sus estudiantes al universo de los conocimientos. En ella se imparten temas genéticos, culturales, psicosociales, económicos, políticos, nuevas tecnologías, sexuales, de familia y otros muchos que los enseñan a enfrentar el proceso de la vejez, vivir felices con sus canas, arrugas, sus achaques y en muchos casos los conocimientos se hacen extensivos a los familiares⁴⁶. El Convento de Belén potenciaba que los abuelos que participaban en el Centro de Día se incorporaran a la Universidad del adulto mayor, y cuando se graduaban, el centro de día les daba la oportunidad de leer su tesis en las reflexiones de los días miércoles para que los demás abuelos se proyecten también a participar.

Rasgos culturales

Además, teniendo en cuenta este fuerte índice de Adultos Mayores con estudios, cabe destacar que 121 de los entrevistados lee habitualmente, pese a los problemas de visión que presentan muchos de ellos, lo que les proporciona una perspectiva amplia del mundo que les rodea, ya que casi todos leen la prensa, y esto les ayuda a mantenerse ocupados.

Esta fuerte incidencia del componente cultural en sus vidas, se ve incrementada por la asistencia a otras manifestaciones culturales como el teatro, la danza, la música, el cine o la literatura, a los que acuden 96 Adultos Mayores, asistiendo sólo a algunos de estos espectáculos 40, o, por el contrario, no manifestando interés por los mismos tan sólo 15 de los Adultos Mayores entrevistados. Por lo general, y debido a las características de la movilidad de los Adultos Mayores o a los recursos

⁴⁶ Silvia Martínez, *Revolución Cubana: hechos más que palabras*, editorial José Martí, La Habana, 2008, p. 135.

económicos escasos de los que disponen, estos suelen acudir con más regularidad a las manifestaciones culturales que se desarrollan dentro del Convento que a las que se desempeñan en los diversos lugares de la ciudad; así, 143 Adultos Mayores afirman participar en las actividades culturales que en esta sede tienen lugar. Además, el acudir al Convento ha dado lugar a que 141 de los entrevistados sientan más interés por las manifestaciones culturales en comparación con el que tenían antes de entrar al mismo. Este recurso de resistencia generalizada que promueve Belén, es el tiempo libre, promocionado por la misma cultura Cubana, los adultos mayores se vinculan a actividades culturales, gracias a las redes de apoyo que han encontrado en Belén.

Frecuentemente se reúnen para ocupar su tiempo en festivales de cine, visitas a museos, teatros, conciertos, etc. Los eventos culturales de prestigio como el Ballet, obras de teatro internacionales etc. son a muy bajo coste para que la población tenga acceso a ellos, esto hace parte de su política social y los abuelos asisten a ellos.

Necesidades (Pertenencia, Estima, Autorrealización)

La totalidad de Adultos Mayores del Convento de Nuestra Señora de Belén, afirma sentirse parte de la comunidad del mismo y encontrarse querido y estimado por sus compañeros del Centro de Día, a excepción de una persona que expresa no sentirse acogido dentro de la comunidad, lo que puede ser debido a su temprana incorporación.

Por otra parte, el acudir al Centro de Día, ha supuesto para los Adultos Mayores, además de forjar y reforzar relaciones sociales, como se ha expresado anteriormente, el construir verdaderos vínculos de amistad antes inexistentes, ya que nueve de los entrevistados han explicado que hasta llegar al Convento no tenían un grupo de amigos con los que disfrutar de su tiempo y de los que disponer como fuente de apoyo. Aún así, para los que sí contaban con otras amistades, expresan que con las anteriores tenían menos contacto y por tanto eran más superficiales, pese

a referirse a vecinos, compañeros de trabajo o en menor grado a otros grupos de círculos de abuelos.

Tan sólo para dos del total de Adultos Mayores entrevistados, el acudir al Centro de Día no ha implicado el sentirse más útil al realizar nuevas actividades y talleres o ser partícipes del devenir del propio Centro. Sin embargo, los que si se sienten autorrealizados, han adquirido nuevos aprendizajes a través de las diferentes actividades y talleres en las que participan ocupando así su tiempo libre y desarrollando nuevas habilidades.

La teoría del SOC sostiene que el desarrollo de un conjunto y jerarquía de objetivos personales, así como el compromiso con ellos y la implicación en acciones y medios orientados a objetivos, contribuyen a alcanzar niveles más altos de funcionamiento. El modelo SOC conceptualiza procesos que fomentan ganancias, pero también procesos que contrarrestan las pérdidas que inevitablemente ocurren en la vida. Estos procesos de ganancias son los de nueva adquisición de redes sociales que se pierden después de la jubilación en muchos casos, y se extinguen por diferentes motivos como: enfermedades crónicas, cambio de residencia, viudedad, situaciones de aislamiento social etc.

El clima que potencia Belén es propicio para contrarrestar las pérdidas de apoyo social y encontrar nuevos círculos que potencien nuevas relaciones que ayudan a los abuelos a proyectarse, a realizar actividades, sobre todo a que no se sientan solos y a que perciban este ciclo vital como positivo, ya que durante este proceso necesitan una nueva adaptación a diferentes situaciones.

Desarrollo social (Cambio de patrones de conducta, hábitos y estilos de vida)

Los adultos mayores han adquirido diversos aprendizajes como: hablar mejor, desarrollar el vocabulario y a mejorar su comunicación interpersonal; por otra parte han aprendido a cuidar su salud a través de

la gimnasia, la medicina natural, realizando dietas y masajes a través de la reflexología, y tratando de evitar el consumo de medicamentos en los casos que no es estrictamente necesario.

La oportunidad de ayudar a otros en las tareas voluntarias es uno de los aprendizajes que los abuelos valoran muy positivamente ya que les estimula a sentirse útiles consigo mismo y con el resto. Sus hábitos de conducta también se han visto transformados al adquirir aprendizajes de higiene y cuidados en sus actividades básicas del día a día como son: comer, cuidar la casa, a través de los talleres se realizan adornos para mejorar su apariencia; por otro lado el cuidado personal también lo han mejorado. Los aprendizajes personales adquiridos son muchos y de diversa índole, cada uno percibe la experiencia de estar en Belén de diferente forma, algunos se sienten más humanos, otros han aprendido a ser más agradecidos, responsables y a quererse más. Al hablar del estado anímico algunos conciben a Belén como un lugar en donde aliviar las tristezas y en el cual se pueden divertir y ser felices. Para ellos el participar en Belén les aporta el tener una actitud diferente para enfrentar la vida y les sirve para mantener la mente ocupada y así poder olvidarse de los problemas; la interacción con otros abuelos posibilita un alivio a la hora de enfrentar las dificultades.

Se podría decir que las personas mayores que acuden a Belén, experimentan altos niveles de satisfacción con sus vidas, y pese a que no disfrutan de las ventajas de una posición socioeconómica elevada, poseen otros mecanismos de compensación como una amplia red de amigos y la expresión plena de su autonomía, además de lo anterior, en el centro de día se les ayuda a que las experiencias anteriores vividas sean valoradas como positivas, para dar el paso siguiente de reconocer su ciclo vital con realismo, conociendo las pérdidas, las adversidades y los dolores ligados a la edad.

Los aprendizajes personales que posibilita Belén son:

- ✚ Vivir con ilusión y afecto
- ✚ Valorar el apoyo de los compañeros y de los profesionales ante las circunstancias adversas.
- ✚ El poder respirar un ambiente de tranquilidad y paz
- ✚ Vivir la tercera edad con dignidad.
- ✚ Belén es una esperanza de vida, hace posible que se dejen los problemas en la casa para aprender cosas nuevas.
- ✚ Ayuda a considerar más a las personas
- ✚ Aporta recreo, gozo y estabilidad emocional
- ✚ Belén aporta ganas de hablar, oír y comunicar, desahogarse unos con otros, y da ilusión a la hora de conocer nuevas personas
- ✚ Belén te hace comprender la realidad de la vida
- ✚ Belén te ayuda a vivir con la tercera edad, a actualizar información, a recordar cosas y sobre todo a aprender a reflexionar
- ✚ Belén te enseña un estilo de vida diferente, rescata valores para que se formen como compromiso con otras generaciones
- ✚ Belén estimula y es un remanso de quietud
- ✚ Belén es la antesala al paraíso y lo más grande que he tenido en la vida
- ✚ Belén ayuda a mejorar la autoestima
- ✚ Belén te ayuda a entender a las demás personas de la tercera edad y esto genera alivio ayuda a desarrollarse y a levantarse.

Las metas de futuro que se plantean los abuelos de Belén, son principalmente apuntarse a nuevos talleres y aprender nuevas cosas. Algunos se han puesto el firme propósito de cuidar su salud para poder tener una mejor calidad de vida. Muchos de ellos quieren cursar la escuela del adulto mayor, aprender idiomas, trabajar, realizar estudios Martianos, viajar, principalmente a Estados Unidos; en cuanto a su estancia en Belén quieren estar hasta el último día de sus vidas, y los que hacen trabajo filantrópico lo quieren seguir realizando para ser más útiles a la sociedad.

Habría que hacer referencia a la transferencia de nuevos hábitos a la comunidad, donde todos los aprendizajes que los abuelos adquieren en Belén son transmitidos a su círculo más cercano, como son: familiares entre ellos principalmente cónyuge, hijos y nietos y a sus vecinos y amigos, sobretodo transfieren los nuevos hábitos alimentarios, culturales y de higiene, como también la amabilidad y solidaridad que aprenden en Belén.

Como se pudo comprobar, los abuelos que acuden a Belén, poseen indicadores subjetivos de desarrollo con éxito, como bienestar subjetivo, experiencia emocional y satisfacción con el envejecimiento, ya que estos poseen objetivos claros en sus vidas, además dedican tiempo y esfuerzo para lograrlos, utilizando estrategias compensatorias, es decir a menor disponibilidad de recursos, mayor utilidad del tiempo libre en actividades y talleres que son brindados por la Oficina del Historiador de la Habana y que les ayudan a compensar eso que ellos no pueden adquirir, como serían viajes, una mejor alimentación, falta de contacto físico con los familiares exiliados etc. Todo esto da como resultado un sentido de coherencia alto y una mayor probabilidad de vivir más años y tener un envejecimiento activo y con éxito.

Los resultados de la investigación anteriormente expuesta, evidencian la necesidad de la aplicación de modelos o teorías novedosas que ayuden a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud. Es aquí donde nace la necesidad imperante de llevar a cabo el modelo salutogénico. Existen análisis económicos que muestran el efecto de la aproximación salutogénica sobre la salud, es conocido que la mala salud y la enfermedad acarrearán consecuencias económicas debido a que el desgaste físico es característico en la tercera edad, por lo tanto se crea la necesidad de acudir con más frecuencia a los servicios sanitarios, lo que conlleva un alto coste para el sistema sanitario, a pesar de que tanto en Cuba como en España la Sanidad es universal, no son comparables las inversiones que se hacen en ambos países, el Gasto en salud per cápita

(US\$ a precios actuales) en Cuba para el año 2010 es de 607\$ mientras que para España para el mismo año es de 2883 \$⁴⁷. Es por ello que a una zona tan deprimida como la Habana vieja en donde la gran mayoría de la población mayor vive con escasez de recursos y con dificultades para adquirir medicinas, es evidente la necesidad de utilizar la salutogenia ya que esta contribuye a reducir costes sanitarios y ayuda a encajar a este grupo sectorio en su realidad.

Los resultados han sido sorprendentes debido a que en general, se comprueba que la aplicación de la aproximación salutogénica en este colectivo repercute en que éstos vivan más y tengan mayor tendencia a elegir comportamientos de salud positivos, a que tengan menos problemas con enfermedades (agudas o crónicas), y que tengan menos necesidad de utilizar el sistema sanitario y menos frecuentemente, además de afrontar mejor el estrés. Esto se evidencia en que no se sentían frustrados cuando hablaban de las pésimas condiciones de sus viviendas sino que se mostraban agradecidos con lo poco que tenían y con la atención que les presta el centro de día. Estos abuelos perciben una mejor salud, y disfrutan de una buena calidad de vida y se encuentran mejor mentalmente.

El modelo salutogénico aplicado en el Centro de día Nuestra Señora de Belén ha llamado especialmente la atención de organismos internacionales como: la OMS, quienes quieren realizar una visita para conocer la implementación de este modelo en el centro, también ha llamado la atención de organismos de muchos otros países, que frecuentemente envían comisiones para conocer la implementación de este modelo. Muchas de estas comisiones realizan donativos al centro, cabe decir que el convento en parte es financiado principalmente por la cooperación suiza y española entre muchas otras fuentes y donativos. Es importante destacar la labor que este centro ha realizado, pese a sus pocos recursos. La

⁴⁷ Según fuentes del Banco Mundial 2010. Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales).

necesidad de implementar este modelo nace de este punto de partida, y es que no requiere de grandes inversiones, pero da buenos resultados, y que se pueden comprobar en que se ha potenciado los recursos internos y externos de los abuelos pertenecientes al centro de día, porque los visitantes, se encuentra con que estas personas tienen una vitalidad impresionante, unas ganas de aprender, y perciben y cuidan su salud de forma positiva, además tienen una concepción de la vida positiva y se proyectan al futuro, pese a que sus condiciones económicas son muy escasas.

En las entrevistas realizadas y los resultados arrojados se puede ver como este colectivo se consideran útiles en su gran mayoría, ponen en práctica los consejos para prevenir enfermedades y cuidar la salud y muchos de ellos han cambiado hábitos, sobretodo en la ingesta de medicamentos, algunos los sustituyen por medicina natural, ejercicio, vitaminas, siempre dependiendo de las enfermedades que padecen, ya que hay algunos casos en que es necesario seguir las instrucciones de los médicos.

Para implementar un proyecto salutogénico es necesario que exista un cambio de mentalidad, el cual se implementó en el programa sociocultural del centro de día, y se realizaba a través de cambios asociativos, es decir, un enfermo asocia enfermedad a una bata blanca, en el centro de día nadie llevaba bata blanca, no hay enfermeras ni médicos, porque lo que no se quiere es que los abuelos estén muy a menudo quejándose y pidiendo medicación, para ello les proponen la medicina natural y diferentes alternativas para cuidar su salud, así como talleres que potencien su creatividad y que les permitan aprender hábitos para prevenir enfermedades y cuidar y mejorar su salud.

Si un abuelo necesita atención primaria debe acudir a su médico de cabecera, el centro de día a través del servicio de farmacia les ayuda a conseguir los medicamentos que necesiten, pero siempre se le ofrecen otras alternativas para cuidar su salud como el ejercicio físico, medicina

natural, cambio de hábitos, el fortalecimiento de redes de apoyo, ya que los ancianos cuando ingresan en Belén consiguen amigos que son fuente de ayuda para continuar su ciclo vital, en ellos se apoyan para superar duelos, problemas y aún las enfermedades...

21. Recomendaciones para llevar a la práctica el modelo salutogénico en España

La aproximación salutogénica se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud, es por ello que en este manual de buenas prácticas se incluyen diferentes métodos que promueven la salud y que ayudan a potenciar los recursos para la salud. A continuación se clasificarán una serie de medidas, siempre con el objetivo de mejorar el bienestar en la tercera edad, señalando que algunas de ellas han sido aplicadas en la Residencia Nuestra Señora de Belén de la Habana Cuba.

Los recursos para la salud, deben ser identificados dentro de las personas mayores, esta orientación a la vida SOC ayuda a impulsar a los abuelos a que conciban una nueva forma de pensar, de ser y de ponerse en acción.

La significatividad que tiene la vida en estas últimas etapas de la vida es fundamental, ya que de ella depende el encontrar recursos; si la vida de estas personas tiene significado se pueden potenciar muchos recursos internos y externos que les ayuden a tener un envejecimiento con éxito. La premisa para poder poner en práctica el sentido de coherencia es encontrar el significado que tiene la propia vida de cada individuo durante esta etapa evolutiva, y si en esta etapa se encuentran déficits en el sentido de coherencia y la significatividad habrá que potenciarlo a través de distintos recursos, pero si existe significatividad se tratará de complementarlos y reforzarlos.

Estas prácticas sirven para potenciar las capacidades de los ancianos de las cuales ellos no son conscientes, pero que con una buena orientación

estos pueden descubrirlas y ponerlas en práctica para encontrar elementos de protección que su entorno exterior, o su medio ambiente le ofrecen. Lo importante en esta edad es cuidar la manera de vivir y cómo prevenir las enfermedades, se busca comprometer al adulto mayor para que abandone la pasividad y se involucre con la responsabilidad personal de mantener su salud a través de un papel activo en pro de la misma.

Para que el adulto mayor tenga un SOC alto, es necesario que conciba que su vida está organizada y que tenga claro como está situado frente al mundo, debe sentirse capaz de manejar su vida, ya que esta tiene un sentido y aunque tenga una edad avanzada, debe continuar teniendo metas y objetivos que aún quiere alcanzar, para que su vida no se convierta en una carga sin sentido y le lleve a padecer enfermedades e inestabilidad emocional e existencial.

Cuando un abuelo tiene a su disposición recursos ya sean internos o externos tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. Estos recursos se pueden encontrar dentro de las personas como recurso inherentes a su persona y capacidad, pero también en su entorno inmediato y distante, en forma de cualidades tanto materiales como inmateriales de la persona y de toda sociedad. Estos recursos ayudan a los adultos mayores a construir experiencias coherentes en la vida. Sin embargo, más allá de poseerlos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, es decir, poseer lo que Antonovsky llamó Sentido de Coherencia.

El modelo biopsicosocial tradicional es el modelo más común, y considera que la salud está determinada por factores biológicos, psicológicos y sociales, y el modelo salutogenico se centra en la promoción de la salud a través de los recursos internos y externos de las personas mayores se pretende encontrar soluciones a sus problemas, a través de sus recursos generales de resistencia para que estas se muevan en dirección del polo positivo de la salud.

Las actividades, métodos o recursos que potencian el SOC y orientan la vida de las personas mayores para que alcancen un envejecimiento con éxito y puedan utilizar el SOC como un recurso para afrontar el estrés, al proporcionar la habilidad para elegir diferentes estrategias que ayuden a resolver diferentes problemas o que le faciliten el afrontamiento de diferentes eventos de la vida; se pueden englobar en recursos internos y externos que a continuación se describen:

Recursos de resistencia generalizada, internos

Dinero: en la tercera edad está influenciado por la cuantía de la pensión que estas personas cobran, esta pensión está determinada por diferentes situaciones como: la viudedad, jubilación o por pensiones no contributivas y si la cuantía de esta, no les llega para hacer frente a sus necesidades, son susceptibles de caer en la marginación o de vivir en condiciones muy precarias; es conocida la vulnerabilidad de este grupo sectorio ante diferentes agentes, pero la falta de recursos para hacer frente a sus necesidades, puede conducir al aislamiento y a muchas más consecuencias. Es importante en el caso de insuficiencia de recursos recurrir a prestaciones económicas, ayudas de urgencia, pensiones no contributivas si es el caso, o si es necesario valoración del grado y nivel de dependencia para solicitar las ayudas de dicha ley. Lo importante es valorar el caso de cada persona y buscar soluciones que le ayuden a mejorar su calidad de vida, atendiendo a la asistencia social y a los recursos mencionados en los apartados anteriores.

Vivienda: está determinada por sus condiciones y accesibilidad teniendo en cuenta que es un colectivo vulnerable. La vivienda es un factor fundamental en la tercera edad, porque es el ambiente donde estos se desenvuelven y es de vital importancia que tenga las condiciones adecuadas, para poder tener un bienestar ambiental; por otra parte es necesario tener en cuenta que en la tercera edad el entorno vital, está

fuertemente relacionado con la satisfacción con el hogar; así como con el vecindario y el nivel de integración o conexión con el entorno residencial ya que estos se configuran como el principal contexto para la socialización, el ocio y el cuidado de la salud. Para solucionar los problemas de las viviendas, se pueden solicitar, ayudas para adaptación, rehabilitación y supresión de barreras arquitectónicas, se debe valorar cada caso para poder saber que ayuda se debe solicitar.

Conocimiento: se debe potenciar que en la tercera edad se realicen diferentes actividades que les lleven a adquirir nuevos conocimientos, que les impulsen a sentirse útiles como:

La universidad de la experiencia: promueve el envejecimiento activo y de calidad, así como también la posibilidad de intercambiar conocimientos, para fomentar la participación de este colectivo y colaborar con los centros de mayores. El programa básico consta de tres años académicos, cada uno de los cuales se compone de 140 horas lectivas, y exige de los alumnos una asistencia responsable a las actividades que lo componen.

Las actividades que componen el programa básico son las siguientes:

- ✚ **Conferencias, exposiciones y presentaciones de libros**
- ✚ **Cursos monográficos y un curso práctico:** son cursos teóricos específicos sobre temas de actualidad, tanto científicos como culturales, coordinados e impartidos por especialistas.
- ✚ **Visitas:** visitas a diferentes centros o instituciones públicos o privados, con el ánimo de complementar la formación del alumnado.

Tiempo libre: su adecuada utilización en la tercera edad, es muy importante, atendiendo a que en esta edad, es donde se da el cese de las actividades laborales. Algunas sugerencias para utilizar el tiempo libre, aunque este puede ser utilizado en gran variedad de tareas como:

Las actividades socioculturales y talleres: mejoran indudablemente la calidad de vida de los adultos mayores y garantizan índices de salud,

reduciendo el riesgo de enfermedades. Dentro de estas se pueden practicar las siguientes:

Actividades que potencien la motricidad: sesiones técnico-corporales para mejorar el bienestar físico y mental de los ancianos. Entre ellas figuran: gimnasia de mantenimiento, gimnasia rítmica, tai chi chuan, expresión corporal, yoga, ejercicios de relajación y bailes de salón.

Actividades cognitivas y formativo educativas: orientadas a la adquisición de conocimientos: talleres literarios, y culturales, de género, la universidad de la experiencia, cursos, exposiciones, encuentros y conferencias de salud.

Actividades culturales: visitas culturales a museos, teatros y sitios de interés; también puede ser la implicación de las personas mayores en cortos, fotografía, pintura, recitales, conciertos, peñas, exposiciones, cine-debates, coros, concursos y excursiones a sitios de gran importancia cultural, así como también la celebraciones de fechas conmemorativas y de recordación.

Actividades lúdicas: organización de diferentes fiestas, certámenes, concursos, salidas, festivales deportivos y recreativos; así como también diversos tipos de juegos que propicien las relaciones interpersonales (ajedrez, billar y cartas principalmente).

Actividades terapéuticas: electroterapia, ejercicios de relajación, mecanoterapia, gimnasio y ambulación, risoterapia, musicoterapia y meditación antiestrés.

Talleres para la rehabilitación cognitiva: terapia ocupacional y arteterapia.

Talleres de creación: artesanía parche, títeres, tejido, artes plásticas, informática, talabartería, papier Marché, naturaleza muerta etc.

Talleres de expresión: teatro, música y danza

Estimulación de procesos psíquicos: memoria, atención y lenguaje.

La reflexión diaria: se realiza normalmente en centros de mayores y se concibe como una intervención comunitaria, preventiva y de compulsión a la vida saludable. Es vital la transmisión de información para fijar pautas, brindar conocimientos y sugerencias encaminadas a la prevención de enfermedades y al aumento de la calidad de vida. Se insiste en comportamientos beneficiosos y los servicios existentes para evadir momentos de alta vulnerabilidad. Estas reflexiones sirven para mantener orientados a los adultos mayores en tiempo y espacio. Para ello es necesario que los abuelos participen de forma activa, la reflexión es el comienzo de un camino salutogénico porque a través de ella se da la transmisión de información y sugerencias para que las personas mayores tomen medidas oportunas y esto les lleve a un cambio de mentalidad que les inste a adoptar comportamientos beneficiosos.

Actividades de voluntariado: esta se realiza fomentando la vocación filantrópica en la tercera edad.

Actividades intergeneracionales: es decir actividades donde participen, hijos, nietos etc.

Grupos de ayuda mutua: dirigido principalmente a personas que sufren fundamentalmente de aislamiento y soledad.

Terapias Naturales Integradas

Las herramientas terapéuticas son las terapias naturales (aromaterapia, terapia corporal y flores de bach) y experimentos de creatividad (arteterapia), que auxilian al abuelo en su proceso de crecimiento, realización, bienestar y salud en un concepto amplio y profundo (Salutogénesis).

Flores de Bach: para tratar síntomas psicoemocionales y físicos.

Masaje Terapéutico: masaje con aceites esenciales/aromaterapia.

Reflexología: es la práctica de estimular puntos sobre los pies, manos, nariz u orejas (llamados zonas de reflejo), basada en la creencia pseudocientífica de que tendría un efecto benéfico sobre otras partes del cuerpo, o de que mejorará la salud general.

Terapia a domicilio: diferentes tipos de terapias, ofrecidas a ancianos que no pueden salir de sus domicilios.

Medicina natural y tradicional

Son conceptos y prácticas que se han heredado de generación en generación, que incluyen un conjunto de modalidades, técnicas o procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores, validados científicamente, por la tradición y por investigaciones. La medicina natural y tradicional es menos costosa y no crea hábitos en los pacientes, lo cual confirma su utilidad para el tratamiento. Estas pueden aplicarse en diferentes modalidades como:

Fitoterapia: es la ciencia del uso extractivo de plantas medicinales o sus derivados con fines terapéuticos, para prevención o tratamiento de patologías.

Apiterapia: consiste en el uso terapéutico principalmente de apitoxinas (veneno de abeja) y otros productos de las abejas, como la miel, el polen, la jalea real y el propóleo con fines terapéuticos y preventivos.

Termalismo: es ofertado por el Imsero para las personas de la tercera edad, que bajo prescripción médica lo demanden.

Medicina tradicional asiática: la Medicina Tradicional Asiática utiliza los puntos acupunturales en el tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas. Esta se basa en la curación del enfermo a través de la estimulación de determinados puntos acupunturales. De esta manera se propicia que el mismo aumente su capacidad defensiva. Existen diferentes técnicas como: acupuntura, digitopuntura, dietoterapia, tuina, electroacupuntura, moxibustión, ventosa y auriculoterapia.

Ozonoterapia: es la técnica que utiliza el ozono como agente terapéutico, bien por su alta capacidad oxidante y de cicatrización, o bien como medio de activación de ciertas proteínas y células del sistema inmune sanguíneo.

Homeopatía: caracterizada por el empleo de preparados altamente diluidos que pretenden crear los mismos síntomas que sufre el paciente.

Hidroterapia: es la utilización del agua como agente terapéutico, en cualquier forma, estado o temperatura ya que es la consecuencia del uso de agentes físicos como la temperatura y la presión.

Ejercicios terapéuticos tradicionales: son un conjunto de métodos y técnicas que utilizan el movimiento con una finalidad terapéutica, modificables a cada sujeto o paciente, orientados de acuerdo con el diagnóstico médico tradicional asiático. Se encuentran dentro de estos los siguientes: Tai chi, Lian Gong Shi Ba Fa, Wu Shu, Qi Gong, Hatha Yoga.

Terapia neural: es un tipo de medicina alternativa consistente en la aplicación de un anestésico local en determinadas zonas del cuerpo. La anestesia local influencia el sistema nervioso vegetativo, desencadenando diversas acciones a distancia, y sirviendo como tratamiento para múltiples enfermedades y dolencias.

Talasoterapia: es un método de terapia que se basa en el uso de diferentes medios marinos, juntos o por separado, (agua de mar, algas, barro y otras sustancias extraídas del mar) y del clima marino como agente terapéutico. El agua se recoge lejos de la orilla, se depura y esteriliza para garantizar la ausencia de agentes patógenos antes de su aplicación en los distintos tratamientos.

Orientación nutricional naturalista: consejos sobre la alimentación y la Cocina Natural y Tradicional. La orientación lleva implícito más que seleccionar nutrientes hacer una selección de los alimentos adecuados a las condiciones individuales. Además debe cumplir con las exigencias nutricionales establecidas. Incluye la dieta vegetariana, macrobiótica, y las incluidas en las prácticas tradicionales según el diagnóstico tradicional asiático

En conclusión, de lo que se trata no es de sustituir la Medicina Clásica o Alopática por uno u otro sistema médico tradicional, sino de integrarlos y complementarlos mutuamente utilizando los elementos más positivos, valiosos y efectivos de cada uno de ellos.⁴⁸

Experiencia: Se puede potenciar en la tercera edad promoviendo la transferencia de conocimientos, valores, etc. El objetivo principal es que los abuelos sean motores de su propio proceso, es decir, que ellos se involucren en la enseñanza a otros de sus propios conocimientos y habilidades, esto se promueve dejando que estos sean los que dirijan los talleres, que participen en la organización de las actividades, que sean miembros activos de su propio proceso, que aporten ideas y que se involucren de una forma activa en sus propios proyectos.

La autoestima: esta se potencia con la participación de los adultos mayores en actividades y talleres, si se les fomenta la implicación en proyectos y metas a futuro esto dará como resultado que el anciano se

⁴⁸ Véase en la Resolución Ministerial No. 261 del 24 de agosto del 2009 de Cuba que define las diferentes modalidades de medicina natural y tradicional.

sienta útil y por lo tanto se sienta bien consigo mismo; en caso de que existan abuelos con baja autoestima, habría que diagnosticar donde está el problema y trabajar individualmente para que se conozca, y se involucre en actividades y talleres que potencien sus habilidades.

Los hábitos saludables: no se trata de curar sino, sobre todo, de cuidar concediendo importancia a la información, decisión y autonomía a las personas de la tercera edad y a la calidad de sus hábitos de comportamiento, para esto es importante conocer los estilos de vida en la tercera edad y los hábitos saludables que estos deben de implementar.

Los estilos de vida en la tercera edad en España

Las personas mayores adoptan diferentes comportamientos y actitudes que dependen de su personalidad, de sus recursos económicos y culturales, de su estado de salud y de la estructura familiar de la que formen parte. Si se trasladan estos condicionantes a los ancianos españoles, resulta comprensible que su tiempo de ocio sea principalmente pasivo, siendo la televisión y la radio las principales actividades a las que más tiempo dedican, situándose en extremo opuesto a las actividades deportivas y la asistencia a espectáculos o manifestaciones culturales. Tampoco son frecuentes las labores de voluntariado ni la asistencia a lugares de reunión de entretenimiento. Las que más realizan son actividades domésticas como son el hacer los recados y las tareas del hogar. Además de salir de casa para hacer la compra u otras gestiones, ir de paseo es otra de las actividades que en buena medida ocupa el tiempo de los ancianos.

Los estilos de vida están influenciados por las variables sexo, edad, posición social y contexto en el que vive el individuo sin olvidar los condicionantes sociales que asignan a hombres y mujeres roles diferentes. Así los hombres son más propensos a las salidas y acuden más a bares y cafeterías que las mujeres, estas dedican más tiempo a las tareas domésticas.

En cuanto a la edad, está comprobado que a medida que aumenta la edad de los individuos, la frecuencia con que se realizan las actividades disminuye. El que los individuos vivan en su propio domicilio o el que lo hagan en residencias, condiciona también la realización de ciertas actividades como por ejemplo hacer recados, viajar o jugar a las cartas. Igualmente, la posición social a la que se pertenezca va influir en los distintos hábitos de ocio.

La imagen actual de vejez relacionada con la enfermedad y la incapacidad, afirma que la población con buena salud puede potencialmente continuar participando socialmente, del mismo modo que una generación más culta e instruida adopta diferentes formas de vida y desarrolla en su jubilación diferentes actividades de tiempo libre.

Los prejuicios que sobre las personas mayores se han ido creando a lo largo del tiempo (subvaloración social, peor posición económica, inferior estado de salud, escaso aprecio de los contactos sociales extrafamiliares, soledad como función de aburrimiento, pereza mental y menos utilización de los medios de comunicación y de los bienes culturales deben ir desapareciendo). La evolución de estas variables en el curso de algunos decenios condiciona la aparición de una nueva concepción de envejecimiento positivo.⁴⁹

El objetivo principal de las personas mayores es vivir de manera autónoma. Los mayores quieren vivir por su cuenta, cuidando de sí mismos, implicados en la vida de la comunidad y afrontando los desafíos del envejecimiento y del declive asociado a la edad. Para lograrlo, necesitan seguir siendo hábiles incluso en la ancianidad. La capacitación es un aspecto clave en la vejez, y en particular en la ancianidad.

⁴⁹ Angélica Majos, *Manual de prácticas de Trabajo Social en la tercera edad: La animación con personas mayores*, Editorial Siglo Veintiuno de España, Madrid, 1995, pp.8-12.

Para que un abuelo adquiriera hábitos saludables y se implique como miembro activo en la mejora de su calidad de vida debe:

- ✚ Confiar en su capacidad para mejorar sus hábitos.
- ✚ Valorar su experiencia y su saber.
- ✚ Aprovechar su interés por el mantenimiento de su salud.
- ✚ Aprovechar su mayor tiempo libre.
- ✚ Utilizar un lenguaje claro y respetuoso.
- ✚ Utilizar medios que favorezcan la comprensión y el recuerdo.
- ✚ Adaptarse a su capacidad física, mental y sensorial.
- ✚ Comer poco, pero comer bien (dieta mediterránea; beber moderadamente; probablemente en el futuro haya que recomendar añadir un suplemento vitamínico a partir de cierta edad).
- ✚ Evitar el tabaco y el contacto con otros tóxicos.
- ✚ Mantener una actividad física moderada.
- ✚ Cuidar la salud (vacunas, vigilancia y tratamiento de los factores de riesgo [HTA, colesterol]; no dejar que la tristeza amargue la vida).
- ✚ Evitar la soledad; asociarse, agruparse, emparejarse.
- ✚ No dejar de estudiar, o al menos de leer.
- ✚ Mantenerse informado de lo que pasa al alrededor (barrio, ciudad, provincia, país, mundo).
- ✚ Divertirse; si es posible, mejor en compañía.
- ✚ Programar la jubilación: ocupar el tiempo libre.
- ✚ Tener en cuenta que nunca es tarde para emprender y mucho menos para aprender.

Dentro de los hábitos saludables para promocionar la salud, también podemos considerar la prevención como un mecanismo que se debe incentivar en los ancianos. Esta prevención se puede dar a conocer a través de charlas y cursos de concienciación; muchas de las enfermedades que estos padecen se pueden prevenir si se les informa a tiempo, para que ellos sean miembros activos en el cuidado de su salud; en este punto

se realizaran una serie de recomendaciones para prevenir las enfermedades más comunes en la tercer edad:

Diferentes tipos de intervenciones preventivas en los ancianos pueden ser efectivas para reducir o retrasar la enfermedad y discapacidad. Los ancianos, como grupo, responden positivamente a los consejos sobre prevención y son capaces de modificar sus hábitos incluso después de los 75 años. Su respuesta a actividades de vacunación puede ser mejor que en la población más joven. La expectativa de vida después de los 65 años es habitualmente de 18 años para las mujeres y de 14 años para los hombres, una cantidad considerable de tiempo para realizar cambios de comportamiento y percibir los beneficios en salud. La mayoría de los problemas de salud ahora se dan en los más viejos (> 80 años), subgrupo que crece a un ritmo mucho más rápido.

Los hábitos saludables durante toda la vida son la mejor esperanza de una vejez sana. En la población mayor, donde la longevidad se acompaña de una alta morbilidad y un mayor grado de discapacidad, la prevención está dirigida a evitar la pérdida de la funcionalidad y de la calidad de vida, más que a la esperanza de vida o prevención de enfermedades. Esto supone muchas veces una dificultad a la hora de establecer en qué nivel de prevención nos encontramos (primaria, secundaria o terciaria), ya que el objetivo final ha cambiado e intentamos principalmente prevenir incapacidades más que enfermedades.⁵⁰

La inteligencia: se potenciará la inteligencia emocional, para manejar los procesos emocionales en la tercera edad, y tratar de aprovechar las emociones en positivo, se promoverá que el adulto mayor desarrolle

⁵⁰ Iñaki Martín, *Atención a las personas mayores desde la atención primaria*: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Semfyc ediciones, Barcelona, 2004. pp 150-160.

habilidades o destrezas necesarias para manejar y modificar el comportamiento, así como también aprender a manejarlo de forma eficaz. Es por ello que el adulto mayor a través de terapias desarrollaría o potenciaría destrezas que contribuyen a una adecuada percepción y expresión de las emociones en uno mismo y en los otros, a la adecuada regulación de las emociones en uno mismo y en los otros, y a la utilización de las emociones para motivarse, planificar, y alcanzar propósitos o objetivos vitales. Si una persona tiene un SOC bajo es necesario que realice terapias de inteligencia emocional para que esta pueda llegar a automotivarse, y pueda alcanzar objetivos vitales.

Las habilidades que se pretenden desarrollar a través de estos talleres son cuatro:

- ✚ Que los mayores perciban adecuadamente los estados emocionales, asumiéndolos como tales y expresándolos adecuadamente.
- ✚ Que comprendan correctamente la naturaleza de esos estados emocionales
- ✚ Regular sus estados emocionales, impidiendo sus efectos negativos y aprovechando los positivos.
- ✚ Que sean capaces de hacer lo mismo con los estados emocionales de los que los rodean.

Esta terapia se enfocaría de varias maneras, primero inteligencia emocional propia, segunda externa y tercero, manejar los principales problemas de la tercera edad: la ansiedad y la depresión.

Se debe desarrollar las habilidades del modelo de inteligencia emocional, para eludir los efectos negativos que derivan los conflictos emocionales para alcanzar el bienestar psicológico ya que si los abuelos logran conseguir un equilibrio emocional son menos vulnerables a los avatares de la vida, además en este sentido también se potenciara la resiliencia, esta se refiere a la calidad y variedad de los recursos psicológicos que poseen las personas para afrontar la vida con éxito en cuanto a lograr un alto

bienestar emocional. Si el abuelo logra sentir seguridad en sí mismo esto le permitirá avanzar y arriesgarse a vivir nuevas experiencias y correr riesgos que de no tener confianza no se podrían correr, creyendo que se pueden enfrentar las cosas aunque estén al límite de las posibilidades y lograrlo. La inteligencia emocional ayudaría al abuelo a entender mejor el comportamiento de los demás.⁵¹

Ansiedad

Las terapias de grupo para controlar la ansiedad se realizarían de la siguiente forma:

Explicación de la ansiedad: es conocido que el colectivo de la tercera edad puede sufrir ansiedad, debido a sus ingresos hospitalarios, bajas pensiones, el aislamiento de su entorno, el padecimiento de enfermedades etc. La ansiedad en las personas mayores se da cuando la emoción es demasiado intensa, duradera, frecuente, desproporcionada o no se corresponde con una situación de amenaza real.

En segundo lugar se hablaría de los inconvenientes de la ansiedad: se realizaría una evaluación de la situación por parte del anciano, personas implicadas, expectativas y predicciones, como se ve y que dice de ella la situación, como se siente y cómo reacciona su cuerpo; porque considera que le está sucediendo esto etc.

Las tareas a realizar son:

- ✚ La identificación de respuestas de ansiedad: representando los componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad.
- ✚ Identificar la ansiedad mediante un ejercicio de vergüenza, pedirle a los participantes que hagan algo y que luego reflexionen sobre cómo reacciona su cuerpo ante una situación inesperada.

⁵¹ José Luis Zaccagnini, *Qué es inteligencia emocional. La relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*, Biblioteca Nueva. Madrid, 2004, pp. 91-117.

- ✚ Aprender métodos de entrenamiento para cambiar pensamientos y emociones negativas por otros pensamientos y emociones más adecuadas a las situaciones
- ✚ Relajación mediante la respiración, ya que la ansiedad se manifiesta a través de la respiración rápida agitada y superficial, esto es la hiperventilación y esto puede llegar a producir mareos y sensaciones de malestar la relajación. Ayudar a respirar de forma adecuada para hacer desaparecer los síntomas de la hiperventilación.

La depresión

Este taller se realizaría con personas de la tercera edad que tengan problemas de depresión o que por voluntad propia quieran realizarlo, se realizaría con el objetivo de que el abuelo entienda qué es la depresión y sus síntomas, se le explicaría el papel que juegan las anticipaciones e interpretaciones en la depresión, es decir como repercute la depresión en la visión negativa del mundo, del futuro y de sí mismo.

Por consiguiente se realizaría un diagnóstico para identificar los síntomas como: tristeza, falta de motivación, fatiga, pasividad, falta de energía, indecisión, dificultades para concentrarse, sentimientos de culpa, pensar que se es inútil, ideas de suicidio, llanto, pérdida de interés por actividades que antes resultaban placenteras, cambios de peso, ya sean por pérdida o aumento excesivos, problemas de sueño: dormir en exceso o tener insomnio.

Las actividades que se llevarían a cabo serían:

Actividades narrativas sobre la depresión: aprender a identificar y debatir narrativas sobre la vida que pueden hacernos pasarlo mal.

Diferenciar dos estilos de narrativas, una rígida, absolutista y dogmática, que resulta perjudicial, y otra flexible y adaptativa, que nos ayuda a reconstruir la pérdida.

Ver que anticipaciones están debajo de la depresión.

Plantear la depresión como una forma no adecuada de experimentar una pérdida.

Utilizar técnicas que ayuden al adulto mayor a verse capaz y eficaz como planear tareas gratificantes, buscar actividades que le resulten gratificantes para que encuentre cosas que le merecen la pena.

Graduar las actividades: realizar actividades con menor tiempo para no dejarlas abandonadas

Redefinir responsabilidades: no culparse de todo lo que pasa y para ello diferenciar entre culpa y error y emplear el sentido del humor, reírse de sus propios pensamientos, ridiculizarlos hasta que se vuelvan absurdos.⁵²

Religión y creencias: las creencias son parte vital en la tercera edad, ya que en esta etapa el adulto mayor, suele tener una convicción muy arraigada, es por ello que por costumbre o tradición, practique una religión; España no se caracteriza por un sincretismo religioso, es por ello que se pueden realizar misas una vez a la semana, y dejar que cada persona manifieste sus creencias y que los demás las respeten. Por otro lado se conciben en menor nivel los creyentes protestantes, también se pueden realizar actividades propias para este colectivo, así como estudios bíblicos y de otras religiones. En la tercera edad la vida espiritual es vital, ya que muchos necesitan una preparación o un acercamiento a Dios. El ámbito espiritual, también cumple su función, en que el abuelo se sienta en paz y armonía consigo mismo, que no se sienta culpable de sus errores y que encuentre en su creencia regocijo para su alma. Se trata de una construcción psicológica que comprende tanto el mundo profano de la experiencia como el mundo de la trascendencia; un continuo proceso interior de integración de recuerdos, experiencias, anticipos y de un esfuerzo por relacionarse con los demás, con confianza y empatía.

⁵² Alejandro Bello, Automanejo emocional. *Pautas para la intervención cognitiva con grupos*, Editorial Desclée De Brouwer, Bilbao, 2003, pp.58-81.

Visión de la vida: es importante tener en cuenta que esta visión está influenciada y marcada por las experiencias vitales y las creencias de cada individuo, es por ello que la visión de la vida no se puede modificar pero se puede reorientar en el caso de que no sea positiva, es por ello que se debe potenciar en los abuelos los siguientes parámetros:

- ✚ Que descubran nuevos valores de vida
- ✚ Que elaboraren una nueva escala de valores que subrayen la importancia del ser con respecto a la acción y a la actividad
- ✚ Que encuentren una nueva modalidad para estructurar el tiempo; nuevas obligaciones para sus energías
- ✚ Que se adapten a nuevas modalidades de vida y a nuevos ambientes de vida
- ✚ Que aprendan a estar solos, aun cuando sobrevenga la muerte del cónyuge
- ✚ Que aprendan a enfrentarse con nuevas limitaciones físicas que pueden derivar de una enfermedad y de un natural decaimiento.

Recursos de resistencia generalizada: externos

El apoyo social: en esta etapa es fundamental que el abuelo no se sienta solo, que mantenga buenas relaciones con su familia y con la gente de su entorno, vecinos, amigos etc. Ya que de lo contrario recaería en cierto aislamiento social, es importante que dentro de los centros se promuevan actividades para potenciar la integración de estos dentro de los grupos, ya que si estos consiguen tener redes de apoyo podrán utilizarlas ante las situaciones difíciles; es importante que el anciano perciba estas redes como significativas, es por ello que a través de las actividades para la tercera edad se potencia que el anciano este activo e integrado socialmente; en este sentido también es importante el apoyo de la comunidad, de los entes públicos y privados, con el fin de que estos trabajen en pro de mejorar la calidad de vida de este grupo sectorio a

través de programas de apoyo y de mejora de las necesidades de este colectivo, para que la vejez sea entendida como activa, positiva y con éxito.

22. El proyecto

ÁREA DE CULTURA-OCIO, PARTICIPACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

DENOMINACIÓN: CENTRO DE MAYORES ROSALES DEL CANAL

TIPOLOGÍA DEL PROYECTO

Cultural, de ocio y tiempo libre y motor para la participación social, promoción de la salud y prevención de enfermedades

Programa del que hace parte

Programa de actividades para personas mayores, vinculado al modelo salutogénico

Ámbito geográfico:

Barrio Rosales del canal, Zaragoza

Responsables del proyecto:

Consejo de personas mayores del barrio Rosales del Canal

La idea de este proyecto se origina por la inexistencia de un servicio para personas mayores, ya que en ninguna de las actividades del nuevo centro sociocultural se incluyen actividades destinadas a las personas mayores que habitan este barrio; por este motivo los jubilados han decidido organizarse y recoger firmas para que incluyan en este centro actividades de ocio y tiempo libre para ellos, ya que éstos tienen mucho tiempo libre y no saben en qué, ni cómo distribuirlo, porque el medio no ofrece muchos recursos, generando

así problemas de soledad e inactividad; además cabe destacar que estas personas mayores algunas viven con sus hijos, y cuidan de sus nietos; pero otros viven solos, algunos padecen enfermedades, otros son dependientes y tienen ingresos económicos medios. Por esta razón es necesario que se potencie la creación de actividades de ocio y tiempo libre, donde las personas mayores puedan reunirse, participar, realizar actividades formativas, potenciar aptitudes y actitudes, cambiar de hábitos y mejorar la calidad de vida de las personas mayores en este barrio.

Para ello los ancianos del barrio han pensado hablar con los responsables del centro cultural para que les habiliten un espacio para desarrollar estas actividades y también para que les asesoren de cómo conseguir medios para equipar las actividades que quieren realizar. La trabajadora social del centro les ha ofrecido su apoyo, ya que además el centro tiene espacios libres para llevar a cabo dichas actividades; ella realizará reuniones con las personas interesadas en este proyecto para organizarlas y calcular el presupuesto que necesitan para pedir una subvención al ayuntamiento.

Por otro lado, la trabajadora social ha sugerido que se implemente en este proyecto el modelo salutogénico como base de sus talleres y actividades. Para implementar este modelo es más conveniente realizarlo en un centro de nueva creación, como es este centro sociocultural para mayores, ya que si se implementa en un centro, donde ya está todo organizado y jerarquizado es más difícil innovar, debido a que si los métodos que utilizan funcionan, no es tan sencillo que implementen un nuevo modelo.

El barrio Rosales del Canal es de nueva creación y crea un ambiente propicio para implementar la salutogénesis así como todo lo que ella implica. Lo mejor de este proyecto es que es innovador, ya que no existe otro centro donde se utilice el modelo salutogénico. Y además se cuenta con la iniciativa y las aportaciones de los participantes que se han organizado, con el apoyo de la trabajadora social, para llevar este proyecto a feliz término. Para la implementación de la salutogénesis es necesario crear un ambiente que propicie un cambio de mentalidad y una rigurosa integración de pensamiento

acción, esta aproximación demanda tiempo para poner en orden las coordenadas para poder comenzar a reorientar la mente.

Análisis de la realidad

Descripción del Barrio: El barrio es de reciente creación. Está compuesto por 2330 viviendas, en donde viven aproximadamente 7000 personas. Está ubicado al sur de la ciudad, encuadrado dentro de la junta municipal universidad, la mayoría de sus pisos son de protección oficial; su entorno es de un nivel socioeconómico medio, formado por una población en su mayor parte joven, pero también hay población mayor. Los equipamientos del barrio son insuficientes. Entre los existentes se destacan: diversos comercios próximos a la calle del colegio, una clínica veterinaria, la Clínica Montecanal, parques de juegos infantiles, un camping, el servicio de bibliobús, un centro sociocultural (próximamente terminado), un gimnasio al aire libre; el barrio no dispone de biblioteca municipal, centro de salud, residencias. Se cuenta con dos líneas de autobús, 41 y 141 y el tranvía, los accesos por carretera son buenos. Otros accesos se están mejorando con otras zonas de Zaragoza, lo que permitirá una mejor comunicación y acceso al barrio.

Fundamentación

Su origen es la necesidad de ofrecer alternativas de ocio y tiempo libre a la población mayor, mejorando la calidad de vida de este sector de población, mediante un proyecto que movilice a este colectivo a la implicación y a la búsqueda de soluciones para la mejora de su situación y para que ellos sean los auténticos protagonistas de la experiencia. Dado el número de mayores que existen en este barrio de nueva creación ubicado en el distrito municipal universidad, donde el número de población mayor de 65 años es de 11.145 (21%) personas de un total de 52914 (población general). Si se tiene en cuenta los problemas de salud que se producen a determinada edad, la soledad, la incomunicación que tienen con otros municipios, la escasez de ofertas de servicios y actividades dirigidas a este colectivo, se hace necesario una intervención en este sector para evitar procesos de aislamiento y marginación social ya que los datos que arrojan las estadísticas de la

población de Zaragoza y en concreto de la junta municipal universidad, revelan un progresivo envejecimiento de la población, por lo tanto hay que buscar espacios en los que los mayores sigan desarrollando su proyecto de vida desde una perspectiva que no sea puramente productiva sino que también puedan participar en la sociedad de forma efectiva.

Un campo idóneo para desarrollar el proyecto es en el ámbito de ocio y tiempo libre, prevención de enfermedades y la promoción de la salud, ya que son espacios muy flexibles, variados y en los que se puede abarcar un amplio abanico de posibilidades para conseguir que los mayores ocupen un lugar reconocido en la sociedad y puedan mejorar su salud, así como que puedan alcanzar un envejecimiento, positivo, activo y con éxito. Si se consigue poner en marcha esta serie de actividades, estaremos dando una respuesta a los múltiples problemas de soledad, inactividad, y aislamiento que se observa en este barrio debido a la escasez de infraestructuras para este colectivo y a la mala comunicación con los servicios existentes en los otros barrios.

Objetivos

Generales

- ✚ Incrementar la calidad de vida de las personas mayores a través de la implementación del modelo salutogénico.

Específicos

- ✚ Crear un lugar donde la población mayor pueda seguir desarrollando su proyecto de vida.
- ✚ Establecer mecanismos alternativos que respondan a los problemas de soledad, Inactividad y enfermedades de la población mayor del barrio.
- ✚ Potenciar un cambio de hábitos, de forma de pensar y actuar con respecto a la salud.
- ✚ Ocupar el tiempo libre de forma productiva a través de actividades de ocio y tiempo libre que ayuden a fortalecer y ampliar la red de relaciones sociales.

Desarrollo del proyecto

Los destinatarios

Los destinatarios de este proyecto son la población mayor del barrio Rosales del Canal, que tengan en común la necesidad de ocupar su tiempo libre y que quieran mejorar su salud a través del modelo salutogénico y sus concepciones; esta población se estima que tendrá las siguientes características:

- ✚ Edad media alta (población mayor de 65 años), el 21% de la población total
- ✚ Predominio del sexo femenino, por ser la mujer más longeva y predispuesta a la participación hombres (8,1%%) mujeres (13%)
- ✚ Nivel económico y sociocultural medio
- ✚ Jubilados cuya media de pensión mensual es de 898,67€ aproximadamente.
- ✚ Personas mayores inactivas o en situación de soledad.
- ✚ Personas motivadas en mejorar su estado de salud a través de técnicas alternativas y de cambio de concepciones acerca de la misma.

Actividades

Las actividades socioculturales y talleres: mejoran indudablemente la calidad de vida de los adultos mayores y garantizan índices de salud, reduciendo el riesgo de enfermedades. Dentro de estas se pueden practicar las siguientes:

Actividades que potencien la motricidad: sesiones técnico-corporales para mejorar el bienestar físico y mental de los ancianos. Se pondrán en práctica: gimnasia de mantenimiento, tai chi chuan, yoga y ejercicios de relajación.

Actividades cognitivas y formativo educativas: Orientadas a la adquisición de conocimientos, estas pueden ser: talleres literarios, y culturales, de género, la universidad de la experiencia, cursos, exposiciones, encuentros y conferencias de salud.

Actividades culturales: visitas culturales a museos, teatros y sitios de interés; también puede ser la implicación de las personas mayores en cortos, fotografía, pintura, recitales, conciertos, peñas, exposiciones, cine-debates, coros, concursos y excursiones a sitios de gran importancia cultural, así como también las celebraciones de fechas conmemorativas y de recordación.

Actividades lúdicas: Organización de diferentes fiestas, certámenes, concursos, salidas, festivales deportivos y recreativos; así como también diversos tipos de juegos que propicien las relaciones interpersonales (ajedrez, billar y cartas principalmente).

Actividades terapéuticas: risoterapia, musicoterapia

Talleres de creación: artesanía parche, tejido, artes plásticas, talabartería, papier Marché, naturaleza muerta etc.

Talleres de expresión: teatro, coro y danza

La reflexión diaria: Se realizará como una intervención comunitaria, preventiva y de compulsión a la vida saludable. En ella se transmitirá información, se fijaran pautas y se brindarán conocimientos y sugerencias encaminadas a la prevención de enfermedades y al aumento de la calidad de vida. Estas reflexiones servirán para mantener orientados a los adultos mayores en tiempo y espacio. Para ello es necesario que los abuelos participen de forma activa. La reflexión es el comienzo de un camino salutogénico porque a través de ella se da la transmisión de información y sugerencias para que las personas mayores tomen medidas oportunas y esto les lleve a un cambio de mentalidad que los inste a adoptar comportamientos beneficiosos.

Actividades de voluntariado: esta se realiza fomentando la vocación filantrópica en la tercera edad.

Actividades intergeneracionales: es decir actividades donde participen, hijos, nietos etc.

Grupos de ayuda mutua personas que sufren fundamentalmente de aislamiento y soledad.

Actividades espirituales: misas y estudios bíblicos.

Reflexología: es la práctica de estimular puntos sobre los pies, manos, nariz u orejas (llamados zonas de reflejo), basada en la creencia pseudocientífica de que tendría un efecto benéfico sobre otras partes del cuerpo, o de que mejorará la salud general.

Medicina natural y tradicional: Son conceptos y prácticas que se han heredado de generación en generación, que incluyen un conjunto de modalidades, técnicas o procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores, validados científicamente, por la tradición y por investigaciones. En el centro se aplicarán sólo las siguientes:

Fitoterapia: es la ciencia del uso extractivo de plantas medicinales o sus derivados con fines terapéuticos, para prevención o tratamiento de patologías.

Ejercicios terapéuticos tradicionales: son un conjunto de métodos y técnicas que utilizan el movimiento con una finalidad terapéutica, modificables a cada sujeto o paciente, orientados de acuerdo con el diagnóstico médico tradicional asiático. En el centro se llevaran a cabo el Se encuentran dentro de estos los siguientes: Tai chi y Yoga.

Orientación nutricional naturalista: Lo que se pretende con esta actividad es dar consejos sobre la alimentación y la Cocina Natural y Tradicional. La orientación lleva implícito más que seleccionar nutrientes hacer una selección de los alimentos adecuados a las condiciones individuales. Además debe cumplir con las exigencias nutricionales establecidas. Incluye la dieta vegetariana, macrobiótica.

Metodología

En el Centro Sociocultural se programarán las actividades y los talleres; posteriormente se desarrollará todo el proceso de creación y desarrollo de las actividades de ocio y tiempo libre, prevención de enfermedades y promoción de la salud, que estará supervisado y orientado por el trabajador social, así como por cualquier otro miembro del equipo multidisciplinar; aunque se intentará en todo momento la plena autonomía de los mayores en la gestión de sus actividades de ocio y tiempo libre y de promoción de salud y prevención de enfermedades.

En primer lugar se realizará una reunión con un grupo de mayores, entre ellos estarán los promotores de la iniciativa y otros que se habrán invitado, estos serán los miembros del consejo que serán en total 12 personas, que se encargarán de la gestión del centro. En esta reunión se realizará un pequeño boceto de la programación totalmente abierto y flexible a sus sugerencias y deseos. Igualmente se hará un llamamiento al resto de la población anciana del barrio para su participación. Después se realizará otra reunión con los miembros del consejo y la trabajadora social para la elección de las actividades que se quieren realizar en el centro.

La programación general de las actividades de la asociación se resume en el siguiente planning:

PLANING		
DIA	ACTIVIDADES	TEMPORALIZACIÓN
LUNES	Reflexión diaria Preparación de un grupo de voluntarios mayores para que ayuden a aquellas personas que lo necesitan: -Charlas preparativas -Formación -Encuentro con otros voluntarios	De 9:00 a 10:00 hs De 10:00 a 12:00 hs. Esta actividad se realizará durante el primer mes de funcionamiento del centro, principalmente para los miembros que comiencen con el centro, luego se realizará una vez al mes para las personas que se adhieran al centro.
	Gimnasia o Tai Chi Chuan	De 12:00 a 14:00 hs.
	Talleres como: artesanía, parche, tejido, artes plásticas, papier maché, naturaleza muerta, medicina natural, reflexología, teatro, danza, risoterapia, musicoterapia, coros.	De 17:00 a 19:00 hs, se ofertarán todos estos talleres pero sólo se impartirán en los que se inscriban mayor número de personas.
MARTES	Reflexión diaria	De 9:00 a 10:00 hs.
	Gimnasia o Tai chi Chuan	De 10:00 a 11:00 hs
	Mañana de yoga y relajación	11:00 a 13:00 hs.
	Tarde de talleres variados a demanda de ellos mismos, (se incluyen aquí la preparación de campañas publicitarias como repartir folletos, colgar posters y la difusión con otros vecinos etc.). Esta actividad solo será durante el primer mes para difundir las actividades del centro, posteriormente en este horario se realizará: tardes lúdicas donde los abuelos podrán jugar a las cartas, al dómino, ajedrez etc.	De 16:00 a las 20:00 hs La preparación de la publicidad se realizará durante el primer mes de apertura del centro, se efectuará todos los martes con el objetivo de dar a conocer el centro en él. Esta actividad la realizará el consejo de personas mayores del centro.
MIERCOLES	Reflexión diaria (día de la cultura, celebración de fechas conmemorativas y presentación de cosas realizadas en los talleres)	9:00 a 11:00 hs
	Yoga y relajación, gimnasia o Tai Chi Chuam, dependiendo de los gustos de cada abuelo	12:00 a 13:00 hs
	Misa o estudios bíblicos	13:00 a 14:00 hs
	Talleres como: artesanía, parche, tejido, artes plásticas, papier maché, naturaleza muerta, medicina natural, reflexología, teatro, danza, risoterapia, musicoterapia, coros.	De 17:00 a 19:00 hs, se ofertarán todos estos talleres pero sólo se impartirán en los que se inscriban mayor número de personas.

JUEVES	Reflexión diaria	9:00 a 10:00 hs
	Yoga y relajación, gimnasia o Tai Chi Chuam, dependiendo de los gustos de cada abuelo	11:00 a 12:00hs
	Tarde de educación para la salud y educación para el tiempo libre, lecturas de libros y periódicos etc. Se realizarán juegos como: cartas, ajedrez y billar.	17:00 a 20:00 hs Primero se dicta una conferencia de educación para la salud y para el tiempo libre, se realizan lecturas relativas al tema, después se dejará el resto de la tarde para realizar juegos o continuar con las lecturas.
	Vinculación de las personas mayores con las actividades de teatro, cine, fotografía, pintura y recitales del centro sociocultural.	Cuando haya exposiciones en el centro sociocultural.
VIERNES	Desarrollo de concursos, conferencias de salud, fiestas y certámenes (se rotarán dichas actividades).	Una vez al mes se llevarán a cabo un concurso o certamen; para el primer mes de inauguración del centro se realizará un concurso de coleccionismo de sellos, monedas y tarjetas postales.
	Tarde de salidas, paseos, excursiones, visitas a exposiciones de fotos, museos, música obras de teatro así como fiestas. Se irán turnando una vez a la semana. De vez en cuando se realizarán encuentros intergeracionales en este horario.	
	Realización de reuniones y encuentros, movilización de barrios para realizar acciones conjuntas. Esto serán actividades muy puntuales solo cuando se puedan realizar.	Cada mes se programará uno diferente a iniciativa de las personas mayores del centro. El horario será de 16:00 a 21:00 hs. El resto de viernes se realizarán salidas o excursiones que serán programadas por los miembros del consejo.

Tabla 5. Planing de programación de las actividades

El Consejo estará encargado de tomar las decisiones de las actividades y de autogestionarse, así como de mantener relaciones con las demás instituciones y recursos existentes. Igualmente se elegirá el responsable de cada actividad entre los participantes, aunque se contraten monitores especializados que se necesiten, para llevarlas a cabo.

Evaluación

Se realizará de forma continuada, así se programarán reuniones mensuales con el grupo para la evaluación de las actividades y de la marcha del proyecto en general. Se utilizará una hoja estadística de

actividades como instrumento de evaluación. En esta etapa se analizará si los resultados obtenidos se corresponden con lo que se había establecido. En el caso de no estar consiguiendo lo propuesto, procuraremos hacer correcciones y ajustes necesarios a cada momento. Para ello se utilizarán los indicadores cualitativos que dan la información sobre los cambios observados, y los indicadores cuantitativos que miden los cambios producidos

- ✚ N° de personas mayores que participan
- ✚ N° de actividades que realizan cada actividad.
- ✚ Nivel de satisfacción de las personas mayores
- ✚ Evaluación por parte de los usuarios acerca de las actividades que se realizan

Habrà dos momentos para la evaluación por parte de los monitores y del consejo de mayores que intervienen:

1º momento se evaluarà

- ✚ Grado de consecución de los objetivos propuestos
- ✚ Participación y asistencia a talleres y actividades programadas
- ✚ Nivel de implicación de los participantes
- ✚ Adecuación de las actividades programadas
- ✚ Grado de aceptación del consejo elegido

2º momento: a dos meses de actividad el consejo entonces evaluarà además de todo lo anterior:

- ✚ Capacidad de autogestión
- ✚ Nivel de satisfacción con respecto al consejo.
- ✚ Nivel de implementación y satisfacción del modelo salutogénico en el centro

Para realizar este trabajo se utilizarà técnicas e instrumentos como: observación, cuestionarios, entrevistas, asambleas, dinámicas de grupo, reuniones y visitas.

Recursos humanos

El trabajador social y el animador sociocultural (en principio para programarán las actividades en conjunto con el consejo del centro, después solo participarán al principio y se retirarán para que los miembros del centro de mayores sigan con su autogestión).

Equipo de coordinación, estará formado por: monitores de yoga y relajación, talleres, gimnasia, y Tai Chi. Todos ellos se coordinan y planifican las actividades de forma que estas garanticen un mejor bienestar para las personas de la tercera edad y un mejor servicio; las reuniones para ello las realizarán una vez al mes; se reunirán con los miembros del consejo del centro para evaluar las actividades, para proponer cambios, iniciativas, nuevas necesidades o cualquier otra particularidad que se necesite ser expuesta en esta reunión mensual.

Equipo de apoyo, estará formado por: los monitores del centro de mayores que recibirán apoyo de 7 miembros voluntarios del consejo, ellos tendrán asignados unos roles de funcionamiento en cada actividad, como lo es el control de asistencia, el apoyo a otras personas con dificultades para desarrollar las actividades (minusválidos, discapacitados, etc.); otros roles son recoger los materiales después de cada clase y limpiar los salones tres veces por semana. Cabe decir que muchos de los talleres serán impartidos por los propios abuelos, atendiendo a sus habilidades y destrezas.

Colaboradores: Los colaboradores serán personas externas al centro que ayudarán en los talleres de salud, ocio y tiempo libre y formación de voluntarios; serán personas expertas en el tema, también colaborarán miembros de otros centros para la realización de actividades específicas.

Personal

Personal externo contratado

Monitor de Talleres: es el encargado de buscar personal especializado para la realización de las actividades de ocio y tiempo libre, educación

para la salud; así como de conocer a los abuelos e incentivarlos a que dirijan los talleres para los cuales están capacitados. De este diagnóstico surgirán nuevos talleres o se suprimirán otros. El monitor también participará en las actividades de su competencia como son las de ocio y tiempo libre; será el responsable de la formación de voluntarios y se reunirá una vez al mes con el consejo para programar las actividades en las que participarán el personal experto.

Monitor de Yoga y relajación: le corresponde realizar actividades como: ejercicios, meditación, respiración, relajación y participar en la reunión mensual con los miembros del consejo.

Monitor de gimnasia: es el encargado de realizar los siguientes ejercicios: movilidad articular, recuperación de la tonicidad muscular, aumento de la elongación de los músculos fortalecidos, la estimulación, la coordinación y la motricidad. Debe asistir a la reunión mensual con el consejo del centro.

Monitor de Tai Chi Chuan: es el encargado de promover la estimulación mediante la respiración profunda, la postura correcta y la relajación que refuerza y rejuvenece internamente, los ejercicios son fluidos, relajantes con movimientos rítmicos y equilibrados; trabaja con las energías que fluyen en los tres niveles del ser unificado el plano físico, mental y emocional. Debe acudir a la reunión mensual con el consejo

Monitor de Danza y Coros: es el encargado de enseñar la didáctica de la expresión corporal, música, movimiento y expresión y por último los pasos y figuras de los siguientes bailes: swing, vals, pasodoble, tango, rock, merengue, salsa y cha-cha-cha.. Deberá asistir a la reunión mensual con el consejo. También enseña canto a los coristas.

Monitor de risoterapia y musicoterapia: el monitor de risoterapia es el encargado de llevar a cabo una estrategia o técnica psicoterapéutica tendiente a producir beneficios mentales y emocionales por medio de la

risa. También se encargará de poner en práctica el taller de musicoterapia con el de fin desarrollar potenciales o restaurar las funciones del abuelo, de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.

Monitor de medicina natural y reflexología: se encargará de dar recomendaciones para cuidar la salud, a través del uso de plantas medicinales, ejercicios terapéuticos tradicionales, así como de estimular puntos sobre los pies, manos, nariz u orejas (llamados zonas de reflejo) y de recomendar dietas vegetarianas y macrobióticas. Todo esto con el fin de cambiar hábitos perjudiciales para la salud, y para que los abuelos aprendan a cuidarla de forma natural.

Monitor de reflexión diaria: el monitor de reflexión diaria será la persona que dirija el centro, en esta reflexión se harán recomendaciones útiles a los abuelos del día a día, se sugerirán cambios en hábitos, dietas, se hablará de la actualidad, de temas de su interés, se dirán las noticias del centro y la programación, así como también este tiempo servirá para conocer los resultados que van surgiendo en los talleres y se presentaran los resultados que se vayan obteniendo en los talleres. El día miércoles se hablara de temas culturales y se harán conmemoraciones a fechas importantes y a personajes de interés nacional.

Personal interno no contratado

Monitores de los demás talleres: en principio los monitores de los siguientes talleres serán los mismos abuelos: artesanía, parche, tejido, artes plásticas, papier maché, naturaleza muerta y teatro.

Consejo: estará conformado por 12 miembros del centro son los voluntarios, que tomaron la iniciativa de creación del centro; en él consejo se tomarán las decisiones, se avalarán las actividades, se expondrán quejas, aspectos a mejorar y se programará el funcionamiento mensual

del centro, así como la elaboración de folletos informativos para ser distribuidos en la comunidad. Estos se reunirán una vez al mes con los monitores de todas las actividades para evaluar el funcionamiento de las mismas, también serán los encargados de llevar la parte de gestión administrativa del centro.

Presupuesto

Recursos materiales: en cuanto a las instalaciones, se hará uso de un salón que está ubicado en la parte externa del centro sociocultural y es muy apropiado para las actividades que se quiere realizar; en principio este iba ser utilizado para realizar reuniones, pero el centro sociocultural tiene más salas para hacerlas, este salón lo ceden para realizar estas actividades del centro de mayores. El salón es de 125 m², está equipado de la siguiente forma: dos baños uno normal y otro adaptado para minusválidos, una cocina y una oficina pequeña, calefacción y aire acondicionado. El salón principal está dividido en dos una es una subsala y el otro es un salón general. Por último hay un cuarto pequeño para guardar material.

Recursos económicos: estará compuesto por: los sueldos mensuales para los monitores contratados, presupuestos de los materiales necesarios para los talleres, gastos de mantenimiento del local y gastos extraordinarios y de salidas programadas, aquí también se especifican las cuantías de los ingresos. Así se propone el presupuesto:

PRESUPUESTO PROYECTO 2012

	unidades	precio	total
MATERIAL DE OFICINA			
Folios	una caja	20	20
Bolígrafos	150	0,3	45
Otros materiales		200	200
MATERIAL PARA JUEGOS			
Mesa de Billar	1	600	600
ajedrez	15	10	150
otros materiales		300	300
MATERIAL PARA TALLERES			
Libros	30	15,3	459
periódicos	200	1,5	300
Otros materiales		200	200
Aros	30	2	60
Grabadora		50	50
Gastos de excursiones			
ENTRADAS	60	2	120
TRANSPORTE	60	2	120
EQUIPAMIENTO			
sillas	50	8	400
Mesas	15	14	120
Mesa de ordenador	1	150	150
Pizarra	1	40	40
EQUIPO INFORMATICO			
ordenadores	1	700	700
Impresora	1	75	75
OTROS EQUIPAMIENTOS			
proyector	1	900	900
televisor plasma	1	650	650
Dvd	1	100	100
Total gastos			5759
GASTOS DE PERSONAL			
	Horas de trabajo	Salario mensual	
Monitor Tai Chi Chuan	4 horas	300	
Monitor de Gimnasia	4 horas semanales	300	
Monitor de Yoga y relajación	3 horas semanales	250	
Monitor de Danza y coro	4 horas semanales	250	
Monitor de Talleres	20 horas semanales	500	
Monitor de risoterapia y musicoterapia	4 horas semanales	250	
Monitor de medicina natural y reflexología	4 horas semanales	250	
Especialistas	4 horas semanales	400	
Total Gastos de Personal		2000	
gastos de personal anuales		24000	
GASTOS DE SERVICIOS PÚBLICOS			
	Estimación mensual		
Agua	80		
Luz	120		
Internet y teléfono fijo	60		
Total Gatos de servicios públicos	260		
Estimación Anual	3120		
GASTOS EXTRAORDINARIOS			
Total Gastos	11019		
INGRESOS			
Subvención	45000		
Préstamo	15000		
Otros ingresos (Donaciones)	60000		
Total ingresos	120000		
Ingresos menos gastos primer mes	108981		

Tabla 6. Presupuesto

Nota Las salidas serán subvencionadas 4€ por persona lo demás será copago

Ingresos

La financiación correrá a cargo de:

75% Subvención del ayuntamiento. Se Requiere co-financiación, pues la subvención solo cubre el 75% del coste del proyecto es decir 45000€, la subvención concedida es para año y medio.

25% Préstamo a cuatro años concedió por Ibercaja (amortizado por los usuarios), cuyas cuotas de amortización mensuales serán pagadas a través de las aportaciones y copago de los propios usuarios. La cuantía del préstamo es de 15000€ para un total de ingresos de 60.000€. Aparte de esto como se vio en la tabla 6 existen otros ingresos por donativos externos.

Cuadro de financiación del préstamo francés (IBERCAJA)

Tipo de Interés Anual:	9,5%
Tipo de Interés Mensual:	0,79%

Períodos	Mensualidad	Cuota de Interés	Cuota de Amortización	Capital Amortizado	Capital Pendiente
0	0,00	0,00	0,00	0,00	15000,00
1	376,85	118,75	258,10	258,10	14741,90
2	376,85	116,71	260,14	518,24	14481,76
3	376,85	114,65	262,20	780,44	14219,56
4	376,85	112,57	264,28	1044,71	13955,29
5	376,85	110,48	266,37	1311,08	13688,92
6	376,85	108,37	268,48	1579,56	13420,44
7	376,85	106,25	270,60	1850,16	13149,84
8	376,85	104,10	272,74	2122,90	12877,10
9	376,85	101,94	274,90	2397,81	12602,19
10	376,85	99,77	277,08	2674,89	12325,11
11	376,85	97,57	279,27	2954,16	12045,84
12	376,85	95,36	281,48	3235,64	11764,36
13	376,85	93,13	283,71	3519,36	11480,64
14	376,85	90,89	285,96	3805,31	11194,69
15	376,85	88,62	288,22	4093,54	10906,46
16	376,85	86,34	290,50	4384,04	10615,96
17	376,85	84,04	292,80	4676,85	10323,15

18	376,85	81,72	295,12	4971,97	10028,03
19	376,85	79,39	297,46	5269,43	9730,57
20	376,85	77,03	299,81	5569,24	9430,76
21	376,85	74,66	302,19	5871,43	9128,57
22	376,85	72,27	304,58	6176,00	8824,00
23	376,85	69,86	306,99	6483,00	8517,00
24	376,85	67,43	309,42	6792,42	8207,58
25	376,85	64,98	311,87	7104,29	7895,71
26	376,85	62,51	314,34	7418,63	7581,37
27	376,85	60,02	316,83	7735,45	7264,55
28	376,85	57,51	319,34	8054,79	6945,21
29	376,85	54,98	321,86	8376,65	6623,35
30	376,85	52,43	324,41	8701,07	6298,93
31	376,85	49,87	326,98	9028,05	5971,95
32	376,85	47,28	329,57	9357,62	5642,38
33	376,85	44,67	332,18	9689,79	5310,21
34	376,85	42,04	334,81	10024,60	4975,40
35	376,85	39,39	337,46	10362,06	4637,94
36	376,85	36,72	340,13	10702,19	4297,81
37	376,85	34,02	342,82	11045,01	3954,99
38	376,85	31,31	345,54	11390,55	3609,45
39	376,85	28,57	348,27	11738,82	3261,18
40	376,85	25,82	351,03	12089,85	2910,15
41	376,85	23,04	353,81	12443,66	2556,34
42	376,85	20,24	356,61	12800,27	2199,73
43	376,85	17,41	359,43	13159,70	1840,30
44	376,85	14,57	362,28	13521,98	1478,02
45	376,85	11,70	365,15	13887,13	1112,87
46	376,85	8,81	368,04	14255,16	744,84
47	376,85	5,90	370,95	14626,11	373,89
48	376,85	2,96	373,89	15000,00	0,00
TOTALES	18088,66	3088,66	15000,00		

Tabla 7. Amortización del préstamo Francés:

Temporalización

En esta fase se pone en marcha lo planificado anteriormente, llevando a cabo el proyecto, concretando las actividades y haciéndolas efectivas. Se tiene en cuenta las acciones que se deben seguir y su orden y es fundamental en la ejecución cumplir con los objetivos propuestos.

El desarrollo de este proyecto tendrá una duración ilimitada. Se iniciará en octubre de 2012, en principio la subvención concedida es para año y medio pero se volverá a solicitar cuando esta culmine.

La planificación se hará una vez al mes para las actividades que necesitan una actividad mensual como son los talleres, las salidas, excursiones, concursos etc.

Localización

Este centro estará localizado en el Barrio Rosales del canal, en la calle Luis García Iberní 6, 50012 Zaragoza; al lado del centro sociocultural Rosales del canal. Este centro se destinará principalmente a las personas mayores del barrio pero también se podrá extender a los barrios aledaños como son Montecanal y Valdespartera., es decir los barrios pertenecientes a la junta municipal Universidad

El ámbito del proyecto se circunscribe a las personas mayores del barrio, en cuanto a las actividades de ocio, tiempo libre, prevención de enfermedades y promoción de la salud; así los ancianos del barrio se mantendrán ocupados y su calidad de vida mejorará, se sentirán satisfechos y seguirán adelante con su proyecto de vida. La finalidad del mismo es que sientan que las actividades que realizan son gratificantes, evitando así la presión de la rutina y contribuyendo a la vida de estas personas sea significativa y esto les impulse a proponerse nuevos retos.

23. Conclusiones

A continuación se desglosan las principales conclusiones extraídas de este trabajo:

- ✚ La utilidad de la aplicación del modelo salutogénico radica en identificar recursos dentro de las personas mayores y en su entorno inmediato, con el fin de promover la salud. Esta orientación a la vida SOC ayuda a impulsar a los abuelos a que conciban una nueva forma de pensar, de ser y de ponerse en acción.
- ✚ Promover una vejez sana, no es tan solo, aunque es importante, asegurar alimentación y servicios de salud, confort habitacional e higiene, sino además proporcionar una vida útil, productiva e independiente. La convivencia en sociedad evita la depresión y el aislamiento, tan propio de estas edades, cuyas dolencias más frecuentes no solo obedecen al envejecimiento biológico, sino también a la inactividad y el desuso, y en no pocos casos, a la falta de afecto de la familia y de la sociedad. Para la atención a la tercera edad se abre paso un concepto: hay que empezar a comprender y cuidar a los ancianos en el seno de la familia, como célula básica, y de esa manera conseguir una mayor participación de la sociedad. El envejecimiento es un proceso normal que comienza desde el momento mismo del nacimiento, algo totalmente distinto al de la enfermedad. Es erróneo considerar a la edad proveya como asunto de las personas mayores. La vejez nos atañe a todos: los ancianos del mañana son los adultos de hoy y los niños de ayer.
- ✚ El modelo salutogénico sirve para hacer una redefinición continua de la calidad de vida, puesto que esta está influenciada por déficit de recursos, en la salud física y funcional, así como también en las redes de relaciones sociales y la capacidad cognitiva, es por ello que uno de los

objetivos de este modelo es conseguir que las personas pertenecientes a la tercera edad, consideren esta etapa como significativa, comprensible y manejable, y que puedan hacer uso de sus recursos generales de resistencia, como son: los hábitos saludables, el autoestima, el apoyo social etc., todo este constructo ayuda a que el abuelo consiga un envejecimiento positivo, activo y con éxito.

- ✚ Los resultados de la implementación del modelo salutogénico han sido sorprendentes debido a que en general, se evidencia que la aplicación de la aproximación salutogénica en el colectivo de la tercera edad, repercute en que estos vivan mas y tengan mayor tendencia a elegir comportamientos de salud positivos, a que tengan menos problemas con enfermedades (agudas o crónicas), y menos necesidad de utilizar el sistema sanitario y con menos frecuencia, esto ayuda ahorrar gastos sanitarios.
- ✚ El sentido de coherencia del modelo salutogénico marca un constructo que comienza con el proceso de **comprender** que recursos para la salud (o determinantes de salud) están disponibles. Tener un objetivo **significativo** en la vida (buena calidad de vida) y la habilidad para utilizar nuestros recursos para la salud (**manejabilidad**). Estos son los tres componentes claves del sentido de coherencia, comprensibilidad (el componente cognitivo), significatividad (el componente motivacional) y manejabilidad (el componente del comportamiento). Los principios de la Carta de Ottawa se pueden transformar fácilmente dentro de una aproximación salutogénica.
- ✚ El SOC no se considera un estilo de afrontamiento, sino una capacidad general de percibir experiencias vitales que permite actuar de forma constructiva en situaciones desfavorables. El SOC ha demostrado ser una variable asociada con resultados de salud en muestras clínicas y no clínicas. Un nivel elevado de SOC se relaciona significativamente con la

recuperación de estados depresivos, un mayor nivel de funcionamiento en población general y una menor mortalidad por cualquier causa los individuos con SOC elevado, tienen menor riesgo de percibir situaciones desfavorables como estresantes, lo que les protege de los efectos negativos del estrés sobre el estado de salud; la premisa para poder poner en práctica el sentido de coherencia es entonces encontrar el significado que tiene la propia vida de cada individuo durante esta etapa evolutiva, si en esta etapa se encuentran déficit de sentido de coherencia y de significatividad habrá que potenciarlo a través de distintos recursos, pero si existe significatividad se tratará de complementarlos y reforzarlos.

- ✚ Las buenas prácticas salutogénicas sirven para potenciar las capacidades de los ancianos de las cuales ellos no son conscientes, pero que con una buena orientación estos pueden descubrirlas y ponerlas en práctica para encontrar elementos de protección que su entorno exterior, o su medio ambiente le ofrecen. Lo importante en esta edad es cuidar la manera de vivir y cómo prevenir las enfermedades, se busca comprometer al adulto mayor para que abandone la pasividad y se involucre con la responsabilidad personal de mantener su salud a través de un papel activo en pro de la misma.
- ✚ En definitiva, el modelo biopsicosocial tradicional es el modelo más común, considera que la salud está determinada por factores biológicos, psicológicos y sociales, el modelo salutogénico se centra en la promoción de la salud a través de los recursos internos y externos de las personas mayores y se pretende encontrar soluciones a sus problemas, a través de sus recursos generales de resistencia para que estas se muevan en dirección del polo positivo de la salud.

24. Bibliografía

Alejandro Bello, *Automanejo emocional, pautas para la intervención cognitiva con grupos*, Editorial Desclée De Brouwer, Bilbao, 2003.

Angélica Majos, *Manual de prácticas de Trabajo Social en la tercera edad: la animación con personas mayores*, Editorial Siglo Veintiuno de España, Madrid, 1995.

Bengt Linström y Mónica Eriksson, *Guía del autoestopista Salutogénico*, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoció de la salut, Girona, 2011.

Bengt Llinström, Mónica Eriksson, *Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development*, Health Promot Int, 2006.

Bengt Llinström, Mónica Eriksson, "Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review", J Epidemiol Community Health, (2005).

Bernardo Moreno, "Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida". Revista Psicopatología y Psicología Clínica, número 4, (1999).

Bernardo Moreno, "Sentido de la coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud". Revista Psicología y Salud, (1997).

Carmelo Mesa, "Envejecimiento y pensiones en Cuba la carga creciente", Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales: Nueva sociedad, 216 (2008).

Carol Ember, *Antropología*, décima edición, editorial Pearson educación, Madrid, 2004.

Conrad Phillip Kottak, *Antropología cultural*, undécima edición, Editorial Mc Graw Hill, Madrid, 2006.

Enrique J. Garcés, *Actividad física y hábitos saludables en personas mayores*, instituto de migraciones y servicios sociales, Madrid, 2004.

Ester García, José Ramón Banegas, *Valores de referencia de la versión española del cuestionario SF-36 en población adulta de más de 60 años*, Medicina Clínica, Barcelona, 2003.

Francisco Rivera, "Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud", *Revista Española de Salud Pública*, Volumen 85 N° 1 y 2 (2011).

Hernán M, Lineros C, "Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales", *Revista Fundesfam*, (2010).

Iñaki Martín, *Atención a las personas mayores desde la atención primaria: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, Semfyc ediciones, Barcelona, 2004.

Javier San Martín, *Para una superación del relativismo cultural: antropología cultural y antropología filosófica*, editorial Tecnos, Madrid, 2009.

Javier Virues, "Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años", *revista Medicina Clínica*, Barcelona, (2007).

José Luis Aranguren, *La vejez como autorrealización personal y social*, edita Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1992.

José Besteiro, Serafín Lemos y José Muñiz, "Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico". *Int J Clin Health Psychol*, 2008.

José Luis Zaccagnini, *Qué es inteligencia emocional. La relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*, Biblioteca Nueva. Madrid, 2004.

Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Information Canada, 1974.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Hacia la Equidad en Salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.

Morgan A, Davies M y Ziglio E, *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*, Springer, New York, 2010.

Morgan A, Ziglio E. *Revitalising the evidence base for public health: An assets model*. Promotion & Education, 2007.

Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. Ginebra: OMS; 1978.

Rocío Fernández, *Envejecimiento activo: contribuciones de la psicología*, ediciones Pirámide, Madrid, 2009.

Rocío Fernández, *PsicoGerontología perspectivas europeas para un mundo que envejece*, Pirámide, Madrid, 2009.

Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España, diciembre de 2010 instituto de mayores y servicios sociales. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación.

Silvia Martínez, *Revolución Cubana: hechos más que palabras*, editorial José Martí, La Habana, 2008.

World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Genova: World Health Organization; 1981.

25. Webgrafía

Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, soluciones y costes. Ministerio de trabajo y asuntos sociales, 2005 (citado el día 14 de julio de 2012). Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-adaptacion-01.pdf>

Asamblea Nacional del Poder Popular: Ley 105 de la Seguridad Social Cubana (citado el 20 de julio de 2012). Disponible en: http://www.parlamentoCubano.cu/index.php?option=com_content&view=article&id=316:ley-no105-de-seguridad-social&catid=46:leyes&Itemid=79

Noticias jurídicas: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (Citado el 15 de julio de 2012). Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I39-2006.html

Oficina nacional de estadística e información de la república de Cuba. (Citado el 16 de junio de 2012). Disponible en: http://www.one.cu/aec2010/esp/19_tabla_cuadro.htm

Página oficial de la salutogénesis: (citado el 20 de agosto de 2012). Disponible en: <http://www.salutogenesis.fi>

Página del Instituto de mayores y asuntos sociales. (Citado el 15 de agosto de 2012). Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm

Página del Instituto de mayores y asuntos sociales, sección dependencia. (Citado el 14 de agosto de 2012). Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/index.htm

Página web del Banco Mundial. (Citado el 18 de julio de 2012). Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP/countries?display=default>

Página web de la residencia valles altos 2 Zaragoza. (Citado el 15 de agosto). Disponible en: http://www.residenciasvallesaltos.es/valles_altos_zaragoza/index.php

Salutogénesis and the Promotion of Positive Mental Health in Older People. (Citado el 10 de agosto de 2012). Disponible en: http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/older_salutogenesis.pdf

26. Anexos

ANEXO I: *Ficha técnica institucional, del Centro de día, Convento Nuestra Señora de Belén*

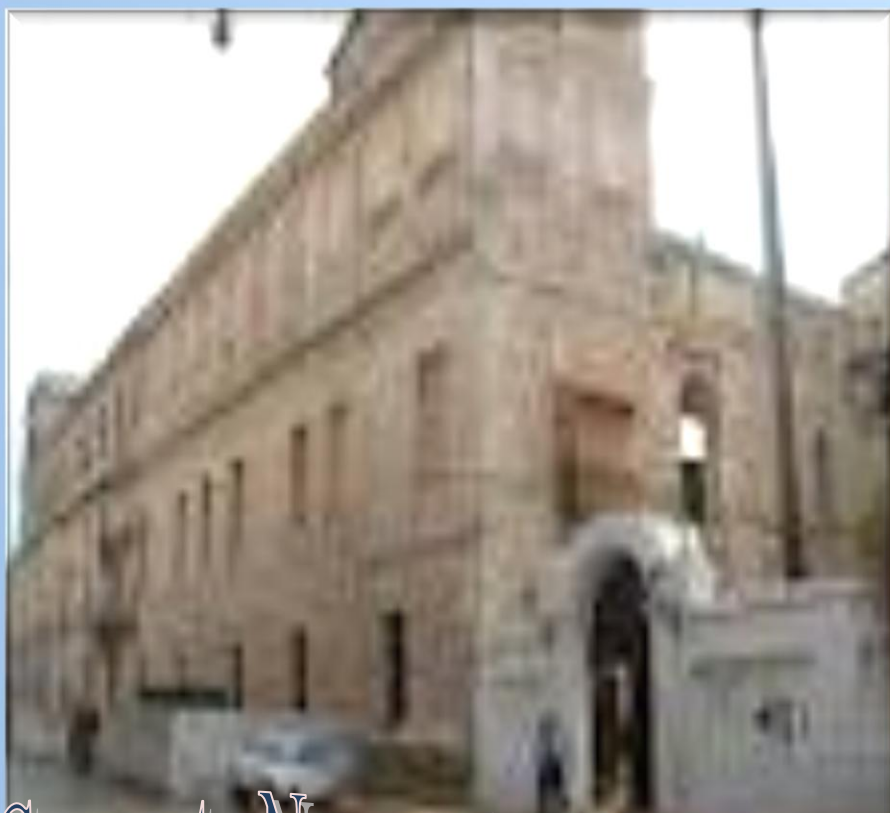
ANEXO II: *Entrevista semiestructurada de la investigación evaluativa del programa sociocultural del centro de día de Belén*

ANEXO III: *Cuestionario de Sentido de Coherencia. Adaptación de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (SOC-13) en población anciana española*



2012

FICHA TÉCNICA INSTITUCIONAL: DIRECCIÓN DE ASUNTOS HUMANITARIOS, CONVENTO DE BELEN.



Convento Nuestra Señora de Belén



OFICINA DEL HISTORIADOR
DE LA CIUDAD

FICHA TÉCNICA INSTITUCIONAL



<input type="radio"/> Servicio <input type="radio"/> Institución <input type="radio"/> Centro titularidad	DIRECCIÓN DE ASUNTOS HUMANITARIOS/CONVENTO NUESTRA SEÑORA DE BELÉN <input checked="" type="checkbox"/> Estatal (Oficina del Historiador de la ciudad de La Habana) <input type="checkbox"/> Privada financiada con fondos públicos. <input type="checkbox"/> Mixta (Apoyo de entidades privadas, subvenciones de entidades públicas, donativos y venta de servicios)												
<input type="radio"/> Ámbito	<input checked="" type="checkbox"/> Servicios Sociales <input checked="" type="checkbox"/> Salud <input checked="" type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?												
<input type="radio"/> Servicios	<input checked="" type="checkbox"/> Grupo de atención <input checked="" type="checkbox"/> Centro de día <input checked="" type="checkbox"/> Fisioterapia y rehabilitación <input checked="" type="checkbox"/> Oftalmología y optometría <input checked="" type="checkbox"/> Farmacia <input checked="" type="checkbox"/> Residencias protegidas <input checked="" type="checkbox"/> Centro de evacuación <input checked="" type="checkbox"/> Centro alimentario												
<input type="radio"/> Domicilio	Teléfono <u>53 7 8660791</u> Fax <u>53 7 86 60791</u> Email <u>oah@belen.ohc.cu</u> C/ <u>Compostela 662 esquina Luz. La Habana Vieja</u> Ciudad <u>La Habana</u> País: <u>Cuba</u>												
<input type="radio"/> Profesional de contacto	Nombre <u>Nelson Águila o Carlos Rivalta</u> C/ <u>Compostela 662 esquina Luz. La Habana Vieja</u> Teléfono <u>53 7 8660791</u> Fax <u>53 7 86 60791</u> Email: <u>nelson@belen.ohc.cu</u> <u>carlos1@belen.ohc.cu</u> Departamento/centro de Trabajo <u>Dirección de asuntos humanitarios</u> Horario de atención de <u>de 8:00 a 17:00h</u>												
<input type="radio"/> Sector de la población	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Población general</td> <td><input type="checkbox"/> Voluntariado</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Juventud</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Drogodependencias</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Mayores</td> <td><input type="checkbox"/> Mujer</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Infancia y adolescencia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Discapacidad</td> <td><input type="checkbox"/> Inmigración</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál?</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Población general	<input type="checkbox"/> Voluntariado	<input checked="" type="checkbox"/> Juventud	<input type="checkbox"/> Drogodependencias	<input checked="" type="checkbox"/> Mayores	<input type="checkbox"/> Mujer	<input checked="" type="checkbox"/> Infancia y adolescencia	<input checked="" type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Inmigración	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál?		
<input type="checkbox"/> Población general	<input type="checkbox"/> Voluntariado	<input checked="" type="checkbox"/> Juventud											
<input type="checkbox"/> Drogodependencias	<input checked="" type="checkbox"/> Mayores	<input type="checkbox"/> Mujer											
<input checked="" type="checkbox"/> Infancia y adolescencia	<input checked="" type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Inmigración											
<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál?													
<input type="radio"/> Descripción	El convento Nuestra Señora de Belén es la sede social de la Dirección de Asuntos Humanitarios de la Oficina del Historiador de la Habana. La obra que se desarrolla en la sede de esta institución es de carácter humanitario, educacional y administrativo; coordinando sus acciones con otras unidades organizativas, así como con un sistema de colaboradores voluntarios.												

MISIÓN, OBJETIVOS Y VISIÓN

El convento de Belén es un Proyecto sociocultural comunitario conformado por un conjunto de conceptos, diseños, enfoques y métodos de dirección innovadores, que tiene como misión solucionar los problemas más acuciantes de la comunidad y de sus grupos vulnerables, desarrollando una conciencia crítica en el individuo, la familia y la comunidad para transformar las contradicciones y lograr el desarrollo social.

Sus objetivos prioritarios son, desde el enfoque Humanitario:

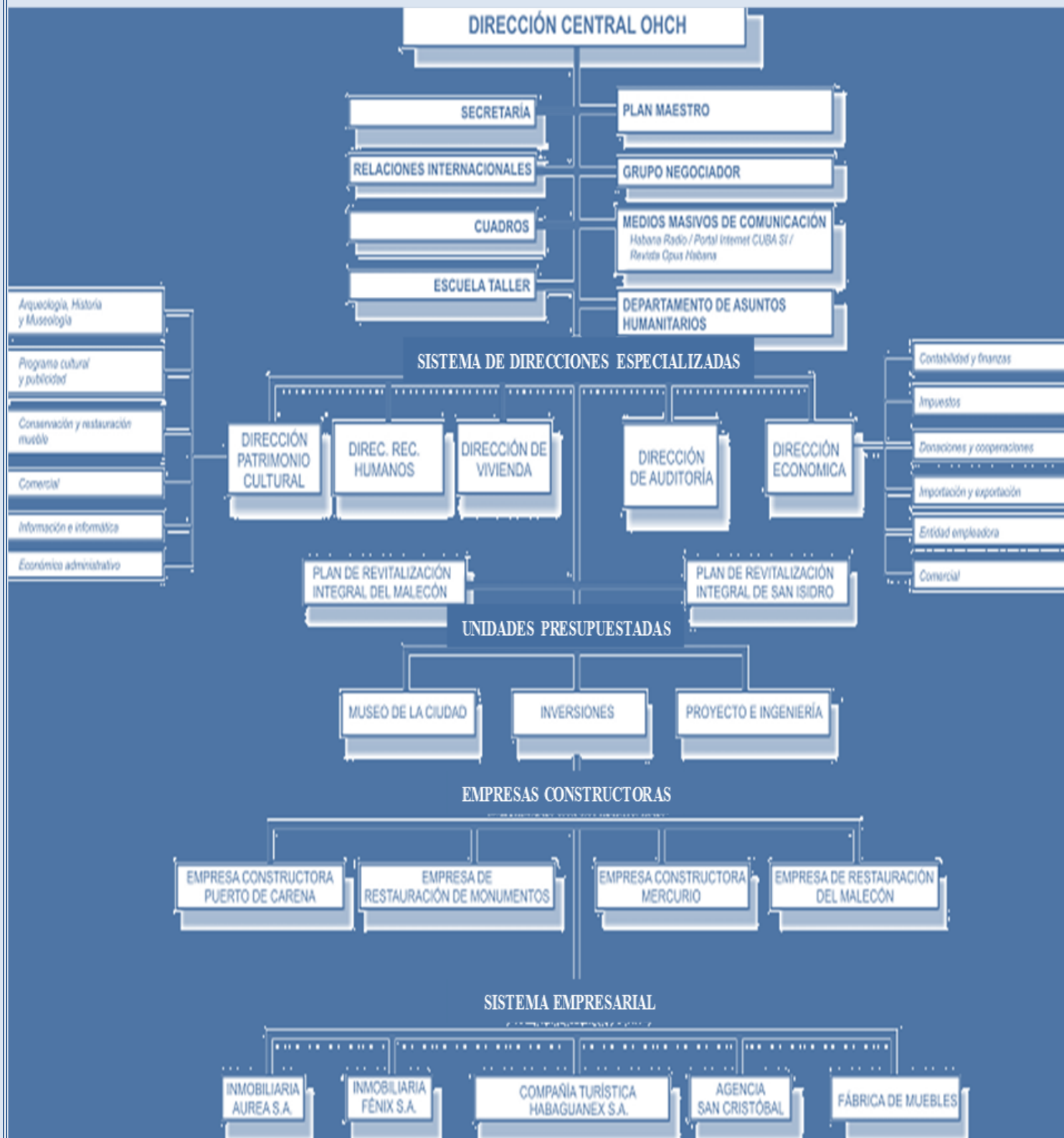
- *Disminuir y dar respuesta a las necesidades que presentan los ancianos, niños, jóvenes y deficientes físicos y psíquicos, que forman parte de la comunidad de la Habana Vieja.*
- *Promover la resolución de los asuntos humanitarios en la comunidad.*
- *Garantizar la evacuación y atención de la comunidad en caso de catástrofes naturales.*

Y desde el enfoque Social Comunitario:

- *Desarrollar un programa sociocultural para incrementar la calidad de vida de la comunidad, atendiendo y cuidando el sistema de residencias protegidas para personas de la tercera edad carentes de amparo filial.*

Por ello, la visión teórico-conceptual que se desarrolla en la sede de la Dirección de Asuntos Humanitarios de la Oficina del Historiador, del Convento de Nuestra Señora de Belén, radica en atender de manera humanitaria aquellas necesidades más urgentes y de forma sociocultural a toda la comunidad en su conjunto, con la finalidad de mejorar el entorno y las condiciones de vida de la misma.

ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN



NIVEL DE ATENCIÓN (asistencial, informativo, tratamiento, rehabilitador)

El nivel de atención que se presta en la institución es primeramente asistencial, ya que intenta disminuir o paliar alguna problemática mediante uno o varios recursos concretos. La asistencia es prestada a través de la atención, cuidado y protección de las personas mayores y niños con discapacidad. Además se prestan otros niveles de atención cuyo concepto clave es la salutogenia, como el de tratamiento que se desarrolla en los talleres y actividades de terapia ocupacional y como el de rehabilitación que se realiza mediante ejercicios de fisioterapia y otras actividades anteriormente descritas.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (individual, familiar, grupal, comunitario)

La temática del trabajo en el Convento de Belén, se basa en la atención y solución, en la medida de lo posible, de las diferentes solicitudes que le son planteadas, tanto al Historiador como a los que acuden directamente a la sede de la Oficina, por la población, a veces desde los más apartados rincones del país, que incluye a hombres, mujeres y niños, sin distinción de su raza o condición social y fundamentalmente enfermos, ancianos y personas con discapacidades. Paralelamente se lleva a cabo una labor comunitaria con adultos mayores, escolares de nivel primario y secundario, así como que se desarrollan actividades socio-culturales que abren espacio y oportunidad a gente de todas las edades y especialmente a los jóvenes. Por ello podría decirse que se da asistencia individualizada a aquellos sujetos que acuden con unas necesidades específicas y también se interviene desde el Trabajo Social comunitario con la población de la Habana vieja en su conjunto.

RECURSOS: humanos, económicos, infraestructuras (espacios, equipamiento...)

El trabajo de la Oficina de Asuntos Humanitarios está avalado por consultores externos, ajenos al sistema, de reconocido prestigio.

Se ha venido acumulando en estos años experiencia en la atención, con un pequeño equipo multidisciplinar de profesionales, que permite garantizar una atención de calidad a todo el que acude en busca de ayuda humanitaria. En esta plantilla están integrados hombres y mujeres de distintas confesiones, pensamientos y militancias; pero con valores éticos y humanos coincidentes, esto ha permitido conformar toda una cultura que se distingue y

logra a su vez aunar voluntades de solidaridad, amor y respeto hacia el prójimo, dentro de la comunidad y aun en los que acuden eventualmente a participar de alguna forma en sus proyectos.

RECURSOS HUMANOS DE LA SEDE SOCIAL:

El trabajo de la Oficina de Asuntos Humanitarios está avalado por consultores externos, ajenos al sistema, de reconocido prestigio y probada limpieza en sus certificaciones.

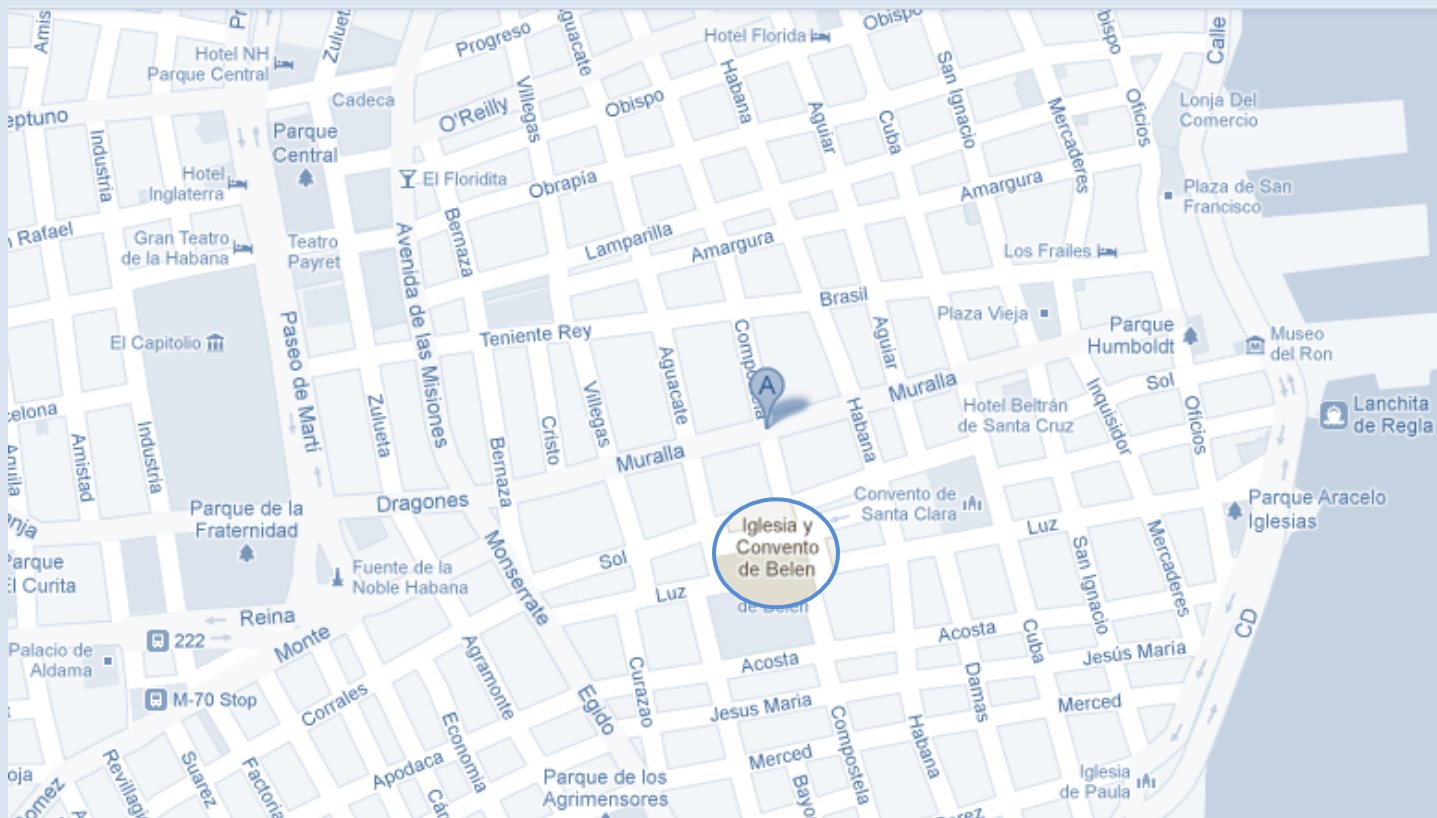
Los recursos humanos están compuesto por un equipo multidisciplinario de profesionales, que permite garantizar una atención esmerada a todo el que acude en busca de ayuda humanitaria. Estar integrados en ella hombres y mujeres de distintas confesiones, pensamientos y militancias; pero con valores éticos y humanos coincidentes, ha permitido conformar toda una cultura que se distingue y logra a su vez aunar voluntades de solidaridad, amor y respeto hacia el prójimo, dentro de la comunidad y aun en los que acuden eventualmente a participar de alguna forma en sus proyectos.

INFRAESTRUCTURAS

Está compuesto por seis patios claustales con diversas soluciones formales y espaciales según la época constructiva

El convento de Belén es un Proyecto sociocultural comunitario conformado por un conjunto de conceptos, diseños, enfoques y métodos de dirección innovadores para solucionar los problemas más acuciantes de la comunidad y de sus grupos vulnerables desarrollando una conciencia crítica en el individuo, la familia y la comunidad para transformar las contradicciones y lograr el desarrollo social.

UBICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN



Convento de N...

Anexos II

PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Edad

50-60 ☐ 60-70 ☐ 70-80 ☐ 80-90 ☐ y más de 90 ☐

2. Sexo

Mujer ☐ Hombre ☐

3. Estado civil

Soltero ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Viudo ☐ con pareja ☐

4. Consejo popular _____

5. ¿Es usted jubilado? Si ☐ No ☐ Cuantía de la pensión _____

ACTIVIDADES Y TALLERES DEL CENTRO DE DÍA

6. Tiempo que lleva paticipando en las actividades socioculturales de la comunidad de Belén.

Menos de un año ☐

Un año ☐

Dos años ☐

Tres años ☐

Cuatro años ☐

Más de cinco años ☐

7. Participa usted en los talleres o actividades culturales como:

Espectador ☐

Miembro ☐

8. ¿En qué actividades/talleres participa?

1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/>	
3 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	28 <input type="checkbox"/>	
4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	29 <input type="checkbox"/>	
5 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	

8.1 Participa en la reflexión

Si ☐

No ☐

9. ¿En qué actividad prefiere participar?

1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/>	
3 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	28 <input type="checkbox"/>	
4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	29 <input type="checkbox"/>	
5 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	

10. ¿Qué actividad usted considera que le es más útil?

1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/>	
3 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	28 <input type="checkbox"/>	
4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	29 <input type="checkbox"/>	
5 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	

11. ¿Cuáles son las actividades y talleres que le ayudan a potenciar sus habilidades y creatividad?

1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/>	
3 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	28 <input type="checkbox"/>	
4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	29 <input type="checkbox"/>	
5 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	

12. ¿Con que frecuencia participa en las actividades?

Un día a la semana

☐

Más de un día, pero menos de cinco días a la semana

☐

Todos los días de la semana

☐

13. Evalúe del 1 al 5 la labor que desempeña el Centro de Día

1-Muy Negativa	<input type="checkbox"/>
2-Negativa	<input type="checkbox"/>
3-Adecuada	<input type="checkbox"/>
4-Positiva	<input type="checkbox"/>
5-Muy positiva	<input type="checkbox"/>

CALIDAD DE VIDA

Bienestar físico y mental

18. Actividades básicas de la vida diaria

Comer y beber	<input type="checkbox"/>	Desplazamiento en el hogar	<input type="checkbox"/>
Regulación micción/defecación	<input type="checkbox"/>	Desplazamiento fuera del hogar	<input type="checkbox"/>
Lavase y secarse	<input type="checkbox"/>	Tareas domésticas	<input type="checkbox"/>
Cuidados corporales (peinarse)	<input type="checkbox"/>	Tomar decisiones	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	Todas las anteriores	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento de la salud	<input type="checkbox"/>		

19. Actividades instrumentales de la vida diaria

Usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	Lavar la ropa	<input type="checkbox"/>
Hacer la compra	<input type="checkbox"/>	Utilizar el transporte	<input type="checkbox"/>
Hacer la comida	<input type="checkbox"/>	Ser responsable de su medicación	<input type="checkbox"/>
Cuidar y limpiar la casa	<input type="checkbox"/>	Llevar sus asuntos económicos	<input type="checkbox"/>
		Todas las anteriores	<input type="checkbox"/>

20. ¿Padece usted alguna enfermedad?

Si ☐ No ☐

Transitoria ☐

Permanente ☐

Leve ☐

Grave ☐

21. Tipo de enfermedad

Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/>	Problemas renales	<input type="checkbox"/>
Artrosis	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>
Deterioro mental	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>
problemas de movilidad	<input type="checkbox"/>	Ontológica	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	Dificultades sensoriales :	
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	Vista <input type="checkbox"/> oído <input type="checkbox"/>	
		Enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/>

☐

22. ¿Consume algún tipo de medicamento?

Antes de entrar al convento

Ninguno ☐

Uno ☐

Dos ☐

Después de entrar al convento

Ninguno ☐

Uno ☐

Dos ☐

Tres ☐

Más de tres ☐

Tres ☐

Más de tres ☐

23. ¿Ha estado usted hospitalizado?

Menos de un año ☐

Más de un año ☐

Más de dos años ☐

Más de cinco años ☐

24. ¿Cuál es su estado anímico?

Alegre ☐

Triste ☐

Animado/motivado ☐

Desanimado/desmotivado ☐

25. ¿Cuál es su actitud? (observación)

Receptiva ☐

Divaga ☐

Cortante ☐

Cariñoso ☐

Otros ☐

Autoestima

26. ¿Qué imagen cree usted que proyecta a los demás?

27. ¿Valora positivamente las cosas que usted hace?

Si ☐ No ☐

Bienestar social

28. ¿Ha aumentado sus relaciones interpersonales desde que viene al Centro de Día?

Si ☐ No ☐

29. ¿Venir al Centro de Día a hecho que usted refuerce las relaciones interpersonales que ya poseía?

Si ☐ No ☐

30. ¿Considera usted que las relaciones que mantiene dentro del Centro de Día son una fuente de apoyo para usted?

Si ☐ No ☐

31. ¿Cuándo usted tiene problemas suele acudir a su grupo del Centro de Día?

Si ☐ No ☐

Bienestar ambiental

Vivienda y accesibilidad

32. ¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo en su casa?

Menos de diez años ☐

Entre 10 y 30 años ☐

Entre 30 y 50 años ☐

Más de 50 años ☐

33. ¿Con quién vive?

Cónyuge ☐ Hijos ☐ Hermanos ☐ Nietos ☐ Familia extensa ☐ Solos ☐ Otros ☐

Condiciones de la vivienda

34. ¿Cuáles son las condiciones de su vivienda?

	Bueno	Malo
1. Edificio en buenas condiciones /Humedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Accesibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Higiene (salubridad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Iluminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otros ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. ¿Servicios que encuentra usted cerca de su vivienda?

Agro y mercado ☐ Centro de salud ☐ Farmacia ☐ Paradas de guagua ☐

36. ¿Minutos que tarda usted en llegar al Centro de Día?

Menos de 10 minutos ☐ alrededor de 20 minutos ☐

Media hora o más de media hora ☐

37. ¿Situación de las calles por las que transita para llegar hasta el Centro de Día?

Adecuada ☐ No adecuada ☐

Identidad cultural

38. ¿Estudios que ha realizado usted?

Primarios ☐ Secundarios ☐ Técnico medio ☐ Universitarios ☐

Rama

Ciencias técnicas <input type="checkbox"/>	Ciencias de la salud <input type="checkbox"/>
Ciencias sociales <input type="checkbox"/>	Humanidades <input type="checkbox"/>
Ciencias naturales <input type="checkbox"/>	Artes <input type="checkbox"/>

39. ¿Lee habitualmente?

Si ☐ No ☐

40. ¿A cual de estas manifestaciones culturales suele acudir?

Cine ☐ Teatro ☐ Danza ☐ Música ☐ Literatura ☐ Todos ☐

41. ¿Participa en las actividades culturales del Centro de Día?

Si ☐ No ☐

42. ¿Desde que está en el Centro de Día tiene más interés por estos aspectos?

Si ☐ No ☐

43. ¿Se siente identificado culturalmente con las actividades que se llevan a cabo en el Centro de Día?

Si ☐ No ☐

44. ¿Venir al Centro de Día ha modificado algún rasgo cultural propio?

Si ☐ No ☐

NECESIDADES

45. Considera usted que la alimentación que se le proporcionan en el Centro de Día es:

Adeuada Si ☐ No ☐

Suficiente Si ☐ No ☐

De calidad Si ☐ No ☐

46. De los siguientes servicios cuales satisfacen sus necesidades:

1. Centro de Día Si ☐ No ☐

2. Farmacia Si ☐ No ☐

3. Fisioterapia y rehabilitación Si ☐ No ☐

4. Residencias protegidas Si ☐ No ☐

5. Oftalmología y optometría Si ☐ No ☐

6. Vestuario Si ☐ No ☐

7. Centro de evacuación Si ☐ No ☐

8. Centro de alimentación Si ☐ No ☐

47. De los servicios que ha marcado anteriormente evalúe del 1 al 5 según el grado de satisfacción

servicio 1	evaluación	servicio 2	evaluación	servicio 3	evaluación	servicio 4	evaluación
servicio 5	evaluación	servicio 6	evaluación	servicio 7	evaluación	servicio 8	evaluación

1- Ninguna satisfacción

2- Escasa satisfacción

3- Media satisfacción

4- Buena satisfacción

5- Total satisfacción

48. Considera usted que los servicios que le proporcionan en el Centro de Día son:

Adecuado Si ☐ No ☐

Suficiente Si ☐ No ☐

De calidad Si ☐ No ☐

49. ¿Se siente usted acogido en el Centro de Día?

Si ☐ No ☐

50. ¿Se considera usted parte de la comunidad de Belén?

Si ☐ No ☐

51. ¿Antes de acudir al Centro de Día tenía otro grupo de iguales al que se sentía perteneciente?

Si ☐ No ☐

52. ¿Se siente querido por los compañeros de la comunidad de Belén?

Si ☐ No ☐

53. ¿El acudir al Centro de Día ha significado que usted se sienta más útil?



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA



Si ☐ No ☐

54. *¿Desde que participa en el Centro de Día que aprendizajes nuevos y útiles ha adquirido?*

DESARROLLO SOCIAL

55. *¿Participar en el Centro de Día le ha supuesto el aprendizaje de nuevos hábitos de conducta?*

Si ☐ No ☐ ¿Cuáles?

56. *¿Ha transferido estos al resto de su círculo más cercano, que no acuden a este centro?*

Si ☐ No ☐

57. *¿Considera usted que la labor que desarrolla el centro de Belén hace que su vida sea mas llevadera y esta le impulsa a plantearse nuevas metas a futuro?*

TALLERES

1. Taller de origami
2. Taller de la naturaleza muerta
3. Taller de danza
4. Taller de parche
5. Taller de coro de ancianos
6. Taller de costura
7. Taller de confecciones de postales
8. Taller literario. Tema: Nemesia, la flor carbonera
9. Taller de teatro
10. Taller de medicina natural y tradicional
11. Taller de Talabartería
12. Taller de Papier Mache
13. Taller de tejido (crochet, y a dos agujas)
14. Taller de Braille

ACTIVIDADES

15. Gimnasia matutina
16. Reflexión
17. Atención a visitas al convento
18. Misa
19. Ludoterapia
20. Actividad cultural del mes
21. Servicio de fisioterapia
22. Atención de la óptica taller de confección
23. Excursión
24. Masajes de Shiatsu Do
25. Proyecto cultura entre las manos para sordos e hipoacústicos
26. Actividad cultural "Dúo armonía" con los cantantes David y Beatriz
27. Peña Líricos en Belén con los cantantes Alejandro David y Ana Beatriz
28. Recordando el ayer. Dúo voces del Caney
29. Peña cultural con las artistas Yolanda , Zoraida y sus invitados
30. Actividad sociopolítica
31. Conversatorio

Anexos III***Cuestionario de Sentido de Coherencia. Adaptación de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (SOC-13) en población anciana española***

Este cuestionario se ha utilizado para validar el SOC 13, a través de 13 ítems en una muestra de poblaciones ancianas procedentes de 8 localidades españolas. La evaluación del SOC ha demostrado un notable valor heurístico en el estudio del impacto de los factores personales en la discapacidad y el funcionamiento de personas de edad avanzada. Los objetivos originales de este trabajo han sido: a) realizar una adaptación y validación específicas del SOC-13 para población anciana española, y b) extraer las propiedades métricas del instrumento, incluidas la viabilidad, aceptabilidad, asunciones escalares, fiabilidad, estructura factorial, validez de constructo (validez convergente, análisis diferenciales, correlación entre dominios) y precisión. Este estudio se añade a la creciente literatura metodológica relacionada con estados de salud en ancianos. El resultado de este trabajo indica que la puntuación total del SOC-13 ofrece una medida fiable y válida para la investigación de la relación de la salud, la discapacidad y el funcionamiento con factores conductuales del afrontamiento en población anciana.

El constructo de sentido de coherencia se mide con el Cuestionario de Orientación hacia la Vida (OLQ) de Antonovsky (1985). El Cuestionario SOC-13 (Antonovsky, 1993) consta de 13 ítems que se responden en una escala tipo Likert con siete puntuaciones. Se incluyen tres escalas correspondientes a las tres dimensiones del constructo:

Comprensibilidad. Se refiere a la sensación de que es posible comprender lo que sucede.

Manejabilidad. Se refiere a que los recursos necesarios para solucionar los problemas están a disposición de la persona.

Significatividad. Es la experiencia de que la vida vale la pena, de que los retos se merecen los esfuerzos, de que son significativos.

La fiabilidad se encuentra entre 0,70 y 0,92, lo que lo describe como un instrumento con una buena fiabilidad (Nunnally y Bernstein, 1994).

A continuación hay una serie de preguntas sobre varios aspectos de la vida. Cada pregunta tiene 7 respuestas posibles. Por favor, marque el número que mejor exprese su respuesta. Los números 1 y 7 indican las respuestas extremas. Si las palabras que aparecen debajo del 1 son ciertas en su caso, haga un círculo alrededor del 1. Si las palabras que aparecen debajo del 7 son ciertas en su caso, haga un círculo alrededor del 7. Si su parecer es diferente, rodee el número que mejor encaje con su idea de la pregunta. Por favor, dé sólo una respuesta por cada pregunta

1. ¿Tiene la impresión de que a Vd. no le importan de verdad las cosas que pasan a su alrededor?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Rara vez o nunca</i>						<i>Muy a menudo</i>

2. ¿Le ha sorprendido alguna vez lo que han hecho personas que Vd. creía que conocía bien?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Nunca me ha pasado</i>						<i>Siempre me pasa</i>

3. ¿Le ha pasado alguna vez que personas con las que contaba le hayan defraudado?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Nunca me ha pasado</i>						<i>Siempre me pasa</i>

4. Hasta ahora su vida...

1	2	3	4	5	6	7
<i>No ha tenido en absoluto objetivos o metas claras</i>						<i>Ha tenido objetivos y metas muy claras</i>

5. ¿Tiene Vd. la impresión de que le están tratando de forma injusta?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Muy a menudo</i>						<i>Rara vez o nunca</i>

6. ¿Tiene Vd. la impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?

1 2 3 4 5 6 7

Muy a menudo

Rara vez o nunca

7. Hacer las cosas que Vd. hace todos los días...

1 2 3 4 5 6 7

*Me produce una gran
alegría y satisfacción*

*Me produce dolor
y aburrimiento*

8. ¿Tiene Vd. sentimientos o ideas muy confusas?

1 2 3 4 5 6 7

Muy a menudo

Rara vez o nunca

9. ¿Le pasa que tiene sentimientos dentro de Vd. que preferiría no tener?

1 2 3 4 5 6 7

Muy a menudo

Rara vez o nunca

10. Muchas personas, hasta los que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces como unos desgraciados. ¿Cuántas veces se ha sentido Vd. así en su vida?

1 2 3 4 5 6 7

Nunca

Muy a menudo

11. Cuando algo le ha pasado, al final ha visto Vd. que...

1 2 3 4 5 6 7

*Le dio más importancia o
menos de la que en verdad tenía*

*Dio a las cosas la
importancia justa*

12. ¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace todos los días significan muy poco o tienen poca importancia?

1 2 3 4 5 6 7

Muy a menudo

Rara vez o nunca

13. ¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?

1 2 3 4 5 6 7

Muy a menudo

Rara vez o nunca